

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 28 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Jules PÉDEBIDOU

Né à Arudy (Basses-Pyrénées), le 10 août 1870

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

INDICATIONS GÉNÉRALES
DU TRAITEMENT DE LA
TUBERCULOSE DU TESTICULE

Exposé et choix des Procédés

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

HARTMANN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

—
1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 28 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Jules PÉDEBIDOU

Né à Arudy (Basses-Pyrénées), le 10 août 1870

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

INDICATIONS GÉNÉRALES

DU TRAITEMENT DE LA

TUBERCULOSE DU TESTICULE

Exposé et choix des Procédés

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

HARTMANN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

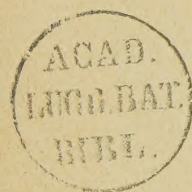
PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FURNIER
dies de l'encéphale	RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERGER
Clinique des maladies du système nerveux.	DUPLAY
	LEDENTU
Clinique chirurgicale	TILLAX
	PANAS
Clinique ophtalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires..	BUDIN
Clinique d'accouchement	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

À LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES SOEURS ET A MON BEAU-FRÈRE,

A MON COUSIN
MONSIEUR LE DOCTEUR PÉDEBIDOU

Député des Hautes-Pyrénées

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

INDICATIONS GÉNÉRALES

DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU TESTICULE

EXPOSÉ ET CHOIX DU TRAITEMENT.

Avant-Propos

Les discussions sur le traitement de la tuberculose testiculaire soulevées par plusieurs de nos maîtres à la Société de Chirurgie pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet 1899, nous ont donné l'idée de choisir cette question comme sujet de notre thèse.

Nombreux sont les procédés que l'on a proposés contre la tuberculose du testicule. — Tour à tour, vantés, puis délaissés, ils ont tous, dans certaines conditions, donné des résultats. Mais tous aussi se sont montrés insuffisants, et nombreux sont les cas où la récurrence et la guérison incomplète ont été signalées. La technique opératoire doit varier suivant les cas; — s'en tenir à un exclusivisme absolu serait dangereux.

Le traitement de la tuberculose testiculaire doit s'inspirer de l'importance physiologique de l'organe sur lequel on opère. L'expérience a appris et les faits ont démontré qu'en dehors de la spermatogénèse, le testicule a une action encore indéterminée, mais certaine, sur le fonctionnement des centres nerveux.

La découverte, par Brown-Sequard, d'une sécrétion interne testiculaire comparable à celle de la thyroïde, des ovaires, est d'une importance considérable au dire des auteurs modernes.

Nous nous proposons dans ce travail, après un rapide exposé de la marche clinique de l'affection et des lésions qu'elle détermine, de poser les indications du traitement.

Après avoir indiqué les cas qui sont justiciables d'un traitement médical pur, nous passerons en revue les divers procédés chirurgicaux.

Nous apprécierons, dans une dernière partie, la valeur de chacun de ces traitements.

Nous avons mis à contribution pour faire ce travail les diverses publications qui ont été faites dans ces dernières années sur la tuberculose du testicule. Nous nous sommes aussi inspiré dans une large mesure des récentes discussions de la Société de chirurgie. La lecture attentive des observations publiées jusqu'à nous, celle des observations inédites que M. Schwartz a mises à notre disposition, et la possibilité qui nous a été donnée de revoir à longue

échéance quelques malades, nous a permis de formuler les conclusions.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici notre reconnaissance aux maîtres de Toulouse et de Paris qui nous ont accueilli dans leur service.

Nous remercions tout particulièrement Monsieur Schwartz, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, qui a mis à notre disposition les observations inédites qui sont publiées dans notre thèse.

MM. les docteurs Faisans, médecin de la Pitié, Doléris, médecin accoucheur de Boucicaut,

Ont droit à notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'ils nous ont témoignée pendant l'année d'externat que nous avons passée dans leur service et pour les conseils affectueux qu'ils nous ont prodigués depuis.

Nous prions MM. les docteurs :

Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Toulouse ;

Morel, professeur agrégé à la faculté de médecine de Toulouse ;

Reclus, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec ;

Kirmisson, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau

Brun, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ;

Cuffer, médecin de l'hôpital Necker ;

Duflocq, médecin de l'hôpital Tenon ;

Dalché de la Rive de Desplanels, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe) ;

Rieffel, chef des travaux anatomiques à la faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux ;

Nos Maîtres dans les hôpitaux ;

De vouloir bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude pour l'enseignement savant et dévoué qu'ils nous ont donné pendant le cours de nos études médicales.

Nous remercions M. le professeur Paul Berger du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.



PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Etude clinique et anatomo-pathologique

Etiologie. — Pathogénie

La tuberculose du testicule peut être primitive ou secondaire.

Primitive, elle se localise au testicule ou à l'épididyme et plus souvent à l'épididyme qu'au testicule. D'après certains auteurs la tuberculose débutant au niveau de l'épididyme se propagerait ensuite d'un côté sur le testicule, de l'autre vers le déférent, la vésicule et la prostate.

D'autres fois la tuberculose d'abord cantonnée sur les organes urinaires, rein, vessie, se propage à l'appareil génital, la prostate et la vésicule étant toujours envahies par le bacille avant le testicule ou l'épididyme.

Certains auteurs ont signalé l'origine de la tuber-

culose génitale par contagion, à la suite de rapports sexuels. Conheinn avait discuté cette éventualité. A la suite, MM. Verneuil, Verchève, Fernet ont publié sur la question d'intéressants mémoires. Le fait doit être rare et les expériences entreprises sur les animaux par MM. Cornil, Dobroklanski, Gäitner n'ont pas été concluantes.

Plus fréquemment, la tuberculose du testicule est secondaire. L'infection suit la voie sanguine et les bacilles sont déversés dans les tissus par diapédèse ou par effraction. Il en est ainsi lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses manifestes des autres appareils, plèvres, poumons, os, articulations. Il doit encore en être ainsi lorsque les lésions viscérales sont peu évidentes. Les travaux de MM. Legroux, Grancher, et Hutinel sur la micro-polyadénopathie de l'enfance ont démontré l'existence de l'infection bacillaire latente chez beaucoup de sujets indemnes de lésions tuberculeuses proprement dites. Les ganglions lymphatiques, surtout ceux du médiastin peuvent sans lésions apparentes à l'examen histologique renfermer des bacilles que révèle l'inoculation.

Comparée à la fréquence de la tuberculose des poumons, la tuberculose du testicule se trouve dans la proportion de 2 o/o (Reclus). Elle survient le plus souvent sur un terrain prédisposé par l'hérédité, préparé le plus souvent par un traumatisme, une orchite ancienne ou récente à s'infecter plus facilement.

Anatomie pathologique

L'appareil génital peut être différemment touché par la maladie. Ces localisations variables dépendent de la durée d'évolution, de la virulence du microbe, de l'état général. Tantôt, tout l'appareil génital est malade depuis le testicule jusqu'à la prostate. Tantôt, les lésions sont localisées à l'épididyme ou au canal déférent, le testicule, la vésicule et la prostate paraissant indemnes.

Lorsque la tuberculose est généralisée, on peut trouver à l'autopsie un testicule volumineux dont la consistance est augmentée en certains points qui font des saillies irrégulières. Au niveau de ces saillies, la coloration normale de l'organe a fait place à une teinte jaune caractéristique. Quand les lésions sont plus anciennes, on constate des abcès caséeux, des cavernes communiquant avec l'extérieur par des fistules.

Le tissu cellulaire périphérique est épaissi, lardacé, avec des dépôts de matière caséuse. La tunique vaginale très épaissie présente des lésions de pachy-vaginalite chronique. Entre les deux feuillets il s'est fait parfois des cloisonnements entre lesquels s'épanche un liquide séro-purulent ou purulent. L'albu-

ginée envahie, détruite, pourra déterminer l'apparition du fungus bénin. Les différentes couches du scrotum ne sont pas à l'abri de l'infection et au voisinage des trajets fistuleux, elles apparaissent épaisses, lardacées. On ne peut plus mobiliser la glande sur ses enveloppes extérieures.

L'épididyme augmenté de volume, bosselé peut être atteint dans toute sa continuité. D'autres fois, les lésions sont plus marquées aux extrémités, à la tête ou à la queue.

Le canal déférent présente des lésions de même ordre, il est gros, induré, bosselé. Les lésions sont plus avancées à ses extrémités.

Les vésicules tuberculeuses présentent « une masse volumineuse, faisant saillir la paroi rectale, lisse et généralement peu consistante, donnant au doigt la sensation d'une poche injectée au suif, de mastic ». (Guelliot).

La prostate est augmentée de volume, bosselée, l'urèthre peut présenter des ulcérations à bords plats surmontant un fonds granuleux.

L'examen microscopique des lésions tuberculeuses dans le testicule a été fait par Malassez et exposé dans la thèse de M. Reclus.

Lorsque les lésions sont jeunes, on aperçoit de petites granulations arrondies, transparentes de 400 à 700 μ . La partie centrale de la granulation est en dégénérescence granulo-graisseuse, et à ce niveau on

voit l'épithélium proliféré. A la partie périphérique du nodule sont des éléments embryonnaires. Malassez admet que la granulation se développe sur les parois du tube, les lésions de l'épithélium sont secondaires. Mais il n'est pas exclusif, et pour lui, les lésions peuvent aussi apparaître dans les espaces lymphatiques intercanaliculaires.

Dans le corps d'Highmore, l'épididyme et le canal déférent, on ne rencontre que des noyaux caséeux, la granulation grise fait défaut.

Les lésions progressent du centre à la périphérie. Gaules n'admettait pas ce double processus et pour cet auteur, les lésions ont toujours leur point de départ au niveau de l'épithélium canaliculaire.

D'autres admettent que les germes pathogènes peuvent s'arrêter le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

MM. Hutinel et Deschamps admettent chez les enfants l'origine vasculaire. On a décrit aussi chez eux la tuberculose du testicule consécutive à la propagation par le canal vagino-péritonéal.

Symptomatologie

La tuberculose du testicule peut évoluer suivant un processus aigu ou chronique.

Dans la forme aiguë. — Tuberculisation galopante du testicule du professeur Duplay, le début est brusque. Tout à coup survient une douleur spontanée, vive, qu'exagère la moindre pression et qui s'irradie le long du cordon jusqu'au delà du trajet inguinal. En même temps, on peut observer des phénomènes généraux d'une certaine intensité, céphalalgie, courbature, nausées, fièvre.

A l'examen, on trouve le scrotum tuméfié, la peau rouge, la vaginale distendue par un épanchement. L'épididyme douloureux à la pression, est dur, résistant.

Ces symptômes durent peu. Vers le 4^e ou le 5^e jour, les souffrances ont diminué, la rougeur est moins franche, la tuméfaction moins considérable. Vers la 3^e semaine, la suppuration s'est établie et un abcès s'ouvre à l'extérieur vers le 25^e jour. La suppuration rapide est donc une des caractéristiques de la tuberculose testiculaire aiguë. Cette forme peut guérir. En général, il y a persistance d'une fistule et passage à la forme chronique.

Forme chronique. — Dans cette forme, commune, ordinaire, le début est insidieux. La tumeur est découverte par hasard. Dans les antécédents du malade, on relève parfois une inflammation antérieure de l'organe, orchite infectieuse ou traumatique. L'orchite blennorrhagique a pu laisser à la queue de l'épididyme un noyau qui, indolent pendant longtemps, s'est

infecté tout à coup et a fait souffrir le malade. On peut encore noter des hydrocèles à répétition, une blennorrhée tuberculeuse décrite par Ricord et tenant à la présence de granulations tuberculeuses au niveau de la prostate. Les troubles fonctionnels sont généralement nuls à cette période.

A la période d'état, la douleur est insignifiante. On peut observer de l'éréthisme génital : éjaculations rapides, pollutions fréquentes, hématuries rares.

A l'examen, on peut se trouver en présence de deux cas :

1° Epididymite tuberculeuse seule. Pas d'orchite.

La palpation indique l'existence de noyaux durs arrondis siégeant au niveau de la tête ou de la queue de l'épididyme, il y a quelquefois induration en masse de tout l'épididyme. — Le testicule est coiffé à sa partie postéro-supérieure par une masse dure, irrégulière, bosselée et renflée à son extrémité supérieure. La vaginale est rarement saine. Dans le tiers des cas, on la trouve distendue, fluctuante, transparente, irréductible. Le canal déférent présente une série de bosselures. Quand on l'explore avec deux doigts, on sent glisser un nodule entre les doigts. Le testicule est peu touché ou du moins ses lésions ne sont pas cliniquement appréciables.

2° Orchi-épididymite tuberculeuse

Dans cette variété, testicule et épидидyme sont malades en même temps. On sent un testicule gros, indolore, surmonté d'un épидидyme induré, bosselé. Le plus souvent, on peut distinguer les deux organes. D'autres fois, la distinction est malaisée, masqués qu'ils sont alors par des lésions concomitantes de pachyvaginalite.

Dans cette forme surtout, il est rare de ne pas trouver une autre lésion tuberculeuse dans les autres parties des voies génitales. L'exploration du cordon spermatique montrera un déférent gros, bosselé; le toucher rectal montrera une vésicule et une prostate augmentées de volume.

A cette période, le mal peut rétrocéder, les nodules évoluant vers la transformation fibreuse. D'autres fois, il y a ramollissement accompagné d'inflammation. La tumeur d'abord fluctuante adhère à la peau qui rougit. Un abcès s'est formé qui s'ouvre en bas et en arrière au niveau de la queue de l'épididyme et une fistule persiste jusqu'à l'évacuation complète du foyer. Quand la cicatrisation se produit, il en résulte un cordon fibreux qui se dirige plus ou moins obliquement vers la profondeur et une cicatrice déprimée.

Dans cette forme l'évolution est lente, il faut plusieurs années quelquefois avant que l'abcès ne se

forme, mais elle est assez grave cependant, parce que les lésions du testicule peuvent être assez avancées.

La forme aiguë n'est souvent qu'un épisode de la forme chronique. Entre ces deux formes, on peut observer des variétés intermédiaires.

Une forme bénigne est celle dans laquelle des noyaux indurés persistent sans suppurer ou bien guérissent par fistulisation rapide. Le testicule détruit par la suppuration peut se trouver réduit à une masse dure, fibreuse, irrégulière, ou bien il renferme une série de masses ayant subi la transformation crétacée. C'est une forme de la guérison qui peut persister jusqu'à un âge très avancé.

Les formes graves sont celles qui sont liées à l'évolution concomittante de la tuberculose dans les autres parties de l'appareil génito-urinaire, ou dans un viscère quelconque, plèvres, poumons, péritoine.

Dans ces cas, on peut observer une tuberculisation étendue du testicule en même temps que les autres appareils sont aussi frappés pour leur compte. La prostate et les vésicules envahies, le rein et la vessie étant malades, le patient est dans une situation lamentable. Les collections purulentes s'ouvrent de tous côtés, le scrotum et le périnée sont criblés de fistules.

D'autres fois la tuberculose testiculaire n'est rien comparée au mauvais état du malade qui pourra être arrivé à une période avancée de tuberculose

pulmonaire, qui aura des adénites volumineuses et suppurées. La tuberculose testiculaire apparaissant au milieu de ce complexe morbide est de bien peu d'importance et ne crée pas des indications pressantes.

Telle est l'évolution de la tuberculose testiculaire telle qu'on l'observe chez l'adulte, évolution suivant deux processus ; aigu ou chronique.

Chez l'enfant, c'est la forme aiguë que l'on observe le plus souvent. Elle survient au-dessous de 7 ans ou après 14 ans (Felizet). La rougeur se montre vite en un point du scrotum qui forme une saillie irrégulière. En ce point on peut noter de la fluctuation, du pus s'est formé qui va s'évacuer au dehors donnant lieu à une fistule. — Du côté du déférent et de la vésicule, les lésions sont limitées, peu étendues.

Chez l'enfant on a encore signalé des cas à 3 ans et demi (Lhoyal), à 18 mois (Dufour), à 9 mois (Prestat).

Launois. (Revue Mens. des maladies de l'enfance 1883) a montré que la tuberculose survenait chez des enfants chétifs, nourris au biberon, qu'elle avait chez eux une évolution lente, sans douleur.

Chez le vieillard, la tuberculose testiculaire est rare.



CHAPITRE II

Indications et contre-indications générales du traitement

Telles sont les lésions, telles sont les formes cliniques variables que présente la tuberculose du testicule. Leur connaissance est d'importance pour le chirurgien et avant d'instituer une thérapeutique, il faudra de toute nécessité faire un examen complet du malade. Cet examen portera non seulement sur l'état d'intégrité ou d'altération de l'appareil génital, mais aussi de tout l'organisme.

Ceci nous amène à distinguer, parmi les formes de la tuberculose testiculaire, des formes opérables et des formes qu'il ne faut pas opérer.

Lorsque les lésions sont limitées, localisées au testicule ou à l'épididyme, lorsqu'elles sont propagées au déférent et à la vésicule, elles sont justiciables d'une opération. Celle-ci devra toujours être tentée lorsqu'une contre-indication ne surviendra pas du fait d'un mauvais état général. Cependant, si les lésions génitales très avancées étaient une cause

d'affaiblissement et de dénutrition, il faudrait aussi intervenir, alors même qu'il existerait par ailleurs d'autres foyers de tuberculose.

Lorsque les lésions testiculaires sont peu étendues, lorsqu'elles sont peu de chose comparées aux autres lésions organiques, lorsqu'elles se montrent comme un épisode survenu dans le cours de ces dernières, il faudra s'abstenir. Le danger n'est pas pressant, il n'est pas du côté de l'appareil génital.

A ces cas doit s'adresser une thérapeutique exclusivement médicale. Le traitement médical doit être institué dans tous les cas, même quand on se propose d'intervenir. Il doit être le seul appliqué dans le cas que nous avons distingué.



DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Traitement Médical

Le traitement général se propose ici comme ailleurs de placer l'individu en état de défense contre les germes qui l'envahissent — de lui permettre de lutter efficacement. — C'est le traitement de la tuberculose ; il agit indirectement sur le testicule.

Il consistera à donner pendant les mois les plus froids de l'année de l'huile de foie de morue à haute dose. On ordonnera également de l'iodure de sodium, la suralimentation, la poudre de viande si le malade maigrit. Des frictions sèches matin et soir, les eaux chlorurées sodiques, en particulier, celles de Salies de Béarn seront employées concurremment, Il ne faudra pas négliger le port d'un suspensoir qui évitera les froissements et les heurts.

CHAPITRE II

Traitement chirurgical — Exposé des procédés

Traitement local non sanglant

Cette thérapeutique était très en faveur avant l'ère antiseptique, alors qu'il n'était pas sans danger de toucher au bistouri. Parmi les petits procédés qui virent le jour à ce moment, plusieurs sont restés. D'autres ont été imaginés depuis, telle la méthode sclérogène.

Le traitement local non sanglant comprend les procédés des caustiques — de la cautérisation — des injections intra-nodulaires ou méthode sclérogène.

1° Procédé des caustiques

Tombé en complète désuétude aujourd'hui il fut pendant longtemps en vigueur. Dupuytren cautérisait les trajets fistuleux avec des troschiques de minium ou du nitrate acide de mercure en dissolution dans l'acide azotique. — Bouisson, Thierry employè-

rent la potasse caustique, Bonnet le chlorure de zinc sous forme de flèches (pâte Cauquoin). Telle fut encore la méthode de Delpeuch, Boyer, Velpeau,

2° Procédé de la cautérisation

Verneuil fut le grand défenseur et le divulgateur de cette méthode. En 1871, ce mode de traitement lui a déjà donné des succès et dans une communication à la société de chirurgie, il indique sa technique. Il opère sous le chloroforme. « Je plonge, dit-il, un cautère effilé à 3, 4, ou 5 cent. dans le trajet fistuleux; la réaction est faible, l'escharre tombe, la détersion se fait et les trajets se ferment en 3 ou 4 semaines. »

Au congrès de chirurgie de 1889, tout en reconnaissant l'excellence des résultats immédiats de l'intervention dans les tuberculoses locales, il fait ses réserves au point de vue des résultats éloignés. En 1891, au Congrès de Marseille il est tout aussi catégorique.

De nos jours, la cautérisation est encore appliquée. La thèse d'Euvrard contient un certain nombre de cas favorables à la méthode. Nous empruntons à cet auteur la plupart des détails qui vont suivre sur la technique de la cautérisation ignée telle qu'elle était pratiquée dans le service de M. Regnier. Le malade est endormi au chloroforme. Toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont prises. On

allume une pointe longue et mince du thermo-cautère et après avoir saisi de la main gauche le testicule on circonscrit entre le pouce et l'index et au travers d'une compresse humide, le noyau tuberculeux que l'on veut cautériser. On plonge la pointe dans le foyer malade. On l'introduit dans le trajet fistuleux.

Les divers foyers sont attaqués l'un après l'autre. Le thermocautère doit être porté au rouge vif et maintenu dans cet état pendant toute la durée de l'intervention. La pointe ayant pénétré profondément, on la promène en tous sens. D'après Euvrard, « trois piqûres suffisent pour la destruction totale de l'épididyme et du testicule, même s'il est infiltré. La durée de l'opération est d'environ une heure »;

Pansements antiseptiques consécutifs. En quelques semaines, les fistules se ferment, le cordon et ce qui reste du testicule et de l'épididyme reprennent leur état normal; Régression des lésions séminales et prostatiques.

3° Procédé des injections modificatrices intra-nodulaires

M. Reboul, en 1891, à l'Association française pour l'avancement des sciences, proposa les injections de naphthol camphré, à la dose de 4 à 5 gouttes tous les 8 ou 10 jours. D'autres substances ont été

préconisées tour à tour et ensuite délaissées : telles l'iodoforme, le chlorure de zinc, la lymphe de Koch. Les plus en faveur ont été l'éther iodoformé employé selon la pratique de Verneuil et de Mosetig Mooahof, à la dose de 10 p. 100. (Reclus), la glycérine iodoformée.

4° Procédé des injections péri-nodulaires Méthode sclérogène

M. le professeur Lannelongue a fait connaître, en 1891, ce nouveau traitement applicable aux tubercules locales. Le principe de la méthode est tiré de l'évolution naturelle du tubercule, lorsqu'il arrive à la guérison qui se fait par transformation fibreuse. Le but est d' « englober les bacilles dans du tissu fibreux et de les rendre inertes » (Lannelongue). Le chlorure de zinc, en outre de son pouvoir caustique et antiseptique, provoque une abondante infiltration des tissus par des cellules embryonnaires venues par diapédèse et par prolifération conjonctive.

Il se forme une coque épaisse autour des tissus injectés. M. Coudray l'a vue atteindre 1 centimètre et plus.

M. Lannelongue emploie la solution au 1/10. D'autres ont employé des solutions au 1/20, au 1/50, qui seraient moins douloureuses.

Toutes les précautions antiseptiques ayant été

prises, on pousse, avec une seringue de Pravaz, une injection à la périphérie du foyer tuberculeux que l'on a bien isolé. On y dépose quelques gouttes de liquide. Deux ou trois piqûres peuvent être suffisantes pour une tuberculose de l'épididyme. La méthode peut être encore utilisée dans le cas d'abcès. Le premier temps de l'opération consiste alors à ouvrir l'abcès et à le débarrasser des masses fongueuses qu'il peut contenir. Dans un second temps, on pousse l'injection à la périphérie du foyer dans les tissus encore sains. Il est essentiel d'éviter tout contact entre la peau et le chlorure de zinc si l'on veut empêcher une escarre de se produire. L'aiguille sera donc essuyée sur un tampon de gaze après chaque piqûre. L'index et le pouce maintenus en place exerceront de légères pressions pour faire diffuser le liquide.

Méthodes sanglantes

Les méthodes sanglantes comprennent ;

1° L'ouverture au bistouri des abcès et des cavernes ;

2° Le curettage des collections et des fongosités ;

3° Le curettage réglé suivi ou non de réunion par première intention (procédé de M. Quénu) ;

4° La résection totale ou partielle de l'épididyme ;

5° La castration totale ou partielle ;

6° L'ablation du canal déférent, des vésicules.

1° Ouverture au bistouri des abcès et des cavernes

Le procédé a été inauguré par Bérard en 1843. Il ouvrait largement les foyers ramollis, faisait sortir par pression et énucléation les tissus malades. Le procédé est simple, il consiste à faire une incision comme dans tout abcès au niveau du point fluctuant.

2° Curettage des collections et des foyers

Le curettage est une opération d'un ordre plus élevé. Il consiste après avoir fait l'incision de l'abcès et avoir débarrassé la poche de son contenu purulent à aller curetter les parois fongueuses voisines et les points qui sont à la veille de se ramollir. Le curettage peut se faire avec la curette de Volkmann. Il sera suivi du drainage de la cavité.

3° Curettage réglé suivi ou non de réunion par première intention. Procédé de M. Quénu

M. Quénu a publié ce procédé dans la « Gazette médicale de Paris » (mai 1896). La technique de l'opération est dans la thèse d'un de ses élèves, Chevrolle.

Le premier temps consiste dans l'exploration et la découverte des foyers tuberculeux. « Une incision de 3 ou 4 cent. ouvre le foyer, deux pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'ouverture » (Quénu).

On peut ainsi se rendre compte de l'état des lésions. On n'ouvre pas la vaginale à moins qu'elle ne soit elle aussi atteinte par le processus et dégénérée.

Les lésions étant ainsi bien mises à découvert, on énuclée les noyaux tuberculeux à l'aide la sonde cannelée ou des ciseaux courbes. On curette les points ramollis, caséux.

L'opération terminée on complète l'œuvre de la curette par la cautérisation au chlorure de zinc des cavités ainsi formées. La méthode est encore applicable dans les cas d'abcès ou de fistules qui comportent le même manuel opératoire.

Le nettoyage terminé, deux cas peuvent se présenter. « Si la cavité est petite, nous n'hésitons pas, dit M. Quénu, après avoir bien fait l'assèchement, à tenter la réunion primitive à l'aide de catguts profonds et superficiels. Lorsque le foyer tuberculeux est plus important, nous ne réunissons pas profondément et nous nous bornons à bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée ».

Epididymectomie

L'épididymectomie, de date relativement récente est la résection totale ou partielle de l'épididyme, le testicule étant respecté. Quelques tentatives d'ablation au bistouri des foyers malades avaient été faites par les anciens chirurgiens. Ces opérations qui n'étaient pas l'épididymectomie avaient pour but d'éviter l'infection et les hémorrhagies souvent graves qui survenaient après la castration. Malgaigne préconisait ces opérations partielles voulant conserver le testicule auquel il attribuait un double rôle, moral et physiologique.

La première épididymectomie fut faite en 1880 par Bardenheuer. En 1889, Villeneuve de Marseille publie sa première observation de cette opération. A la suite les professeurs Duplay (1890), Tillaux (1896) font l'épididymectomie ; MM. Humbert, Lejars, Le-gueu font connaître leurs procédés particuliers qui sont décrits dans les thèses de Dimitresco et Audebald.

Nous empruntons à ces auteurs l'exposé du manuel opératoire tout en résumant dans les détails la description qu'ils en ont donnée.

1^o Procédé de M. Lejars

M. Lejars pratique l'épididymectomie partielle lorsqu'il existe un seul noyau au niveau de l'épididyme; si l'épididyme est envahi en entier, il fait l'épididymectomie totale avec ou sans résection du canal déférent.

Epididymectomie partielle

Précautions antiseptiques. Chloroforme ou cocaïne. Incision du scrotum en haut et en arrière si le canal déférent est sain, en haut, en avant et légèrement en dehors si le déférent est malade. On libère le noyau épидидymaire en le décollant de ses connexions soit avec une sonde cannelée soit avec des ciseaux courbes. Si le canal déférent est malade, on résèque la partie infiltrée en l'isolant de haut en bas et on termine par la résection partielle de l'épididyme. On ménage les vaisseaux. Suture en surget au catgut pour fermer la vaginale.

Epididymectomie totale

Incision de 7 à 8 centimètres sur la partie antéro-supérieure du scrotum. Le canal déférent est isolé

des vaisseaux et s'il est malade on le resèque le plus haut possible allant quelquefois jusqu'au niveau de l'orifice inguinal profond. On décolle l'épididyme du testicule en ménageant les vaisseaux. Si le testicule paraît atteint, on peut inciser l'albuginée, explorer l'état de la substance séminifère. Suture de l'albuginée et de la vaginale.

Procédé de M. Humbert

Décrit dans la thèse de Dimitresco d'après une note que l'auteur a envoyée lui-même

Incision des bourses au bistouri. Lorsque la vaginale est ouverte, M. Humbert prend les ciseaux courbes avec lesquels il décolle les adhérences sur le côté externe puis sous le corps et le bord interne de l'épididyme. De la sorte, les vaisseaux étant respectés l'épididyme ne tenant plus que par sa queue et sa tête, ces dernières parties sont désinsérées au thermocautère. Suture de la tunique vaginale. « Si limitées que paraissent les lésions de l'épididyme, il faut l'enlever (et je l'enlève toujours) tout entier, c'est indispensable. »

Procédé de Bardenheuer

Bardenheuer saisit et retourne le testicule de fa-

çon que l'épididyme regarde en haut et en avant. Incision du scrotum sur le côté externe. Au niveau de la queue, l'auteur pénètre jusqu'à l'albuginée, et procède ensuite à l'ablation sous-séreuse dans toute sa longueur à l'aide de deux incisions parallèles. Pour enlever la tête de l'épididyme, ouverture de la vaginale afin de ne pas léser les vaisseaux. Le canal déférent est réséqué le plus haut possible. Suture au catgut de l'albuginée et de la vaginale. Drainage.

Bardenheuer a essayé dernièrement de laisser le canal déférent en place lorsqu'il paraissait sain et de le suturer à la capsule de l'épididyme, transformée ainsi en canal fermé, ménageant un conduit pour le passage des spermatozoïdes. Les expériences faites sur les chiens ne sont pas encore absolument concluantes.

Procédé de M. Legueu.

Chez un malade porteur d'une épидидymite tuberculeuse double, M. Legueu a fait une incision unique médiane sur le raphé postérieur, le scrotum étant relevé sur l'abdomen. Section des enveloppes jusqu'au testicule. Ablation totale de l'épididyme des deux côtés. Isolement et ablation du canal déférent induré. La vaginale est ouverte au cours de l'opération. Un feuillet pariétal est enlevé.

Procédé du professeur Duplay.

Au congrès de Moscou, en 1897, M. le professeur Duplay a décrit son procédé en ces termes :

« Le procédé que j'emploie, ne mérite pas, à proprement parler le nom d'épididymectomie, car il ne s'applique pas à l'épididyme exclusivement, et a pour but d'enlever au bistouri les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire, qu'ils siègent dans le testicule ou l'épididyme. On fait une incision de dimensions suffisantes pour aborder les foyers tuberculeux, on dissèque alors ceux-ci comme on le ferait pour un néoplasme. Si la tuberculose siège dans l'épididyme, on sépare cet organe du canal déférent ; si les lésions ont envahi le testicule, je n'hésite pas à sectionner l'albuginée et le tissu sain de la glande pour l'enlever complètement.

Orchidotomie. — Incision exploratrice suivie ou non d'épididymectomie ou de castration.

M. le professeur Poncet, de Lyon, a mis en pratique un nouveau procédé qui consiste à faire systématiquement l'incision exploratrice du testicule après ou avant d'entreprendre une opération qui conser-

vera la glande génitale, telle que l'épididymectomie.

Nous avons trouvé dans la Gazette hebdomadaire de juin 1898 le procédé de M. Poncet, tel qu'il est décrit par son élève Delore :

« Par cette incision exploratrice de l'albuginée, on a reconnu l'état d'intégrité ou de maladie de la glande elle-même ; le testicule est-il sain, on réunit par 4 ou 5 points de suture au catgut les deux lèvres de l'albuginée sectionnée sur le bord convexe antéro-inférieur du testicule, puis on pratique l'épididymectomie. Le testicule est-il malade, on enlève les portions malades, mais on respecte les portions intactes de la glande, puis on termine en drainant ».

C'est le même procédé qu'a conseillé cette année M. Delbet dans une séance de la Société de Chirurgie. « Si je concevais des doutes sur l'état du testicule, dit-il, plutôt que de le sacrifier sans être certain qu'il est malade, je n'hésiterais pas à le fendre comme on fend un rein pour le suturer après avoir constaté son intégrité ».

Castration

La castration est une opération de vieille date. Avant Boyer et Dupuytren, on opérait toujours parce qu'on considérait que le testicule tuberculeux

se transformait en cancer. La mortalité opératoire était considérable, un cas de mort sur quatre opérés. Après la découverte de Laennec, après la démonstration de la nature tuberculeuse des lésions du testicule par Bayle, on abandonna pour un temps la castration.

En 1873, Richet restait pourtant partisan de cette opération. Elle fut préconisée en Angleterre par Savary (Lancet, 1878), Maunder (Lancet, 1879), Bryant, Puzey (Medical Press. and Circ., London 1886) qui pratique l'ablation des deux testicules avec guérison. En 1889, dans le Traité des maladies du testicule, MM. Monod et Terrillon se déclarent partisans de la castration même bilatérale « quand les lésions sont profondes, étendues et qu'on a toutes les chances de voir des abcès et des fistules donner lieu à une infirmité dégoûtante et affaiblir le malade. »

Le manuel de la castration est le suivant. Il comprend :

1^{er} temps. — Section de la peau prolongée en haut jusqu'à l'orifice inguinal externe, en bas jusqu'au point le plus déclive du scrotum.

2^e temps. — Enucléation du testicule et du cordon sans ouverture de la cavité vaginale.

3^e temps. — Section du cordon et ligature de ses vaisseaux.

M. Felizet a fait connaître cette année à la Société de Chirurgie son procédé opératoire qu'il emploie

chez les enfants et qui est aussi applicable chez les adultes. L'incision porte en arrière des bourses, à la limite du périnée, à égale distance du raphé et du pli génito-crural. Le testicule refoulé par la main gauche en bas et en arrière contre le périnée s'énuclée facilement par la plaie scrotale « dont la longueur ne dépasse pas deux centimètres pour les enfants et quatre ou cinq centimètres pour les adultes. »

« Deux pinces à pression placées au plus haut du cordon, très au-delà de la zone malade, près de l'orifice externe jouent le rôle des pinces longues employées pour l'hystérectomie vaginale. Le testicule est, au-dessous d'elles, détaché d'un coup de ciseau. »

Lorsqu'une ulcération existe, M. Felizet a encore recours à ce procédé après avoir au préalable circonscrit l'ulcère par deux incisions en demi-cercle.

Ablation complète des voies génitales

Les opérations qui ont pour but l'ablation plus ou moins complète des voies génitales sont de date relativement récente. La première intervention de ce genre fut faite par Uhlmann en 1889. Après avoir enlevé dans une première séance les lésions funiculo-scrotales, il enleva quelques jours après les lésions périnéales, laissant dans l'abdomen toute la portion

pelvienne du canal déférent ouverte à ses deux extrémités. Au Congrès de Marseille (septembre 1891), Villeneuve exposa la technique de la vésiculectomie par la voie inguinale. « On tire sur le canal déférent, comme sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et, en décollant le tissu cellulaire, on arrive jusque sur la base de la prostate et de la vésicule. »

M. Poirier considère que l'ablation de la vésicule séminale par la voie inguinale présente moins de difficultés que par la voie périnéale. Il a réglé cette opération et exposé le manuel opératoire à la Société de Chirurgie (mai 1899).

« Après que la paroi abdominale a été incisée dans toute son épaisseur, on suit le canal déférent dans son trajet pelvien, sur les côtés de la vessie, en décollant les lèvres avec la plus grande facilité. Parfois, il faut lier et couper le cordon de l'artère ombilicale. Pendant qu'un aide accroche et relève le canal déférent, on continue de décoller avec l'index et l'on arrive ainsi jusqu'à la base de la prostate un peu relevée par la traction sur le canal déférent. »

La plaie est profonde ; cependant, on peut l'éclairer avec deux grands écarteurs vaginaux bien nickelés et faisant office de réflecteurs. L'un des écarteurs maintient et écarte la vessie ; l'autre moins enfoncé, écarte la lèvre inférieure de la plaie et les vaisseaux iliaques. On voit très nettement l'uretère facile

à éviter et la vésicule séminale couchée au-dessous et en dehors du canal déférent, on l'isole avec une sonde cannelée après l'avoir saisie avec une pince de Kocher.» D'après M. Poirier on peut se dispenser de porter sur le col de la vésicule une ligature qui est difficile et terminer l'ablation de la vésicule et du canal par torsion et arrachement en ayant soin de thermo-cautériser la solution de continuité.

D'autres méthodes ont vu le jour. La méthode sacrée et parasacrée a été utilisée par Schede (Société médicale de Hambourg, janvier 1898) qui après résection du coccyx, repousse le rectum sur le côté et arrive jusqu'à derrière la prostate.

Uhlmann faisait une incision périnéale demi-circulaire, convexe en arrière, l'aide ayant un doigt placé dans le rectum. Après incision de la cloison périnéale et des fibres du releveur qui vont au pubis, on met à nu la prostate et les vésicules.

Roux (Congrès de chirurgie 1891) a pratiqué la même opération. Il fit dans la même séance la castration et l'isolement du canal déférent.

Pour enlever la vésicule il pratiqua la taille périnéale par une incision de 10 cent. à 2 ou 3 cent. de la ligne médiane. L'index gauche introduit dans le rectum accroche la vésicule et l'amène dans la plaie périnéale.

Guelliot (Presse médicale, 20 avril 1898) après avoir enlevé toute la portion scrotale et inguinale du

déférent fait une longue incision prérectale prolongée à droite jusqu'en arrière de l'anus. Incision du releveur, déchirure avec les doigts des tissus profonds.

Baudet a décrit dans la Gazette des Hôpitaux (octobre 1898) une nouvelle technique opératoire basée sur les principes et les procédés que M. Quénu recommande pour l'extirpation du rectum cancéreux.

« Après avoir circonscrit l'anus par une incision demi-circulaire, à peu près semblable à celle de M. Guelliot, dit-il, nous ouvrons franchement la fosse ischio-rectale jusqu'aux fibres inférieurs du releveur que l'on repère. Nous incisons ensuite, non pas tout le releveur, mais sa portion moyenne seulement. Nous épargnons ses fibres coccygiennes et ses fibres antérieures surtout, celles qui s'attachent au-devant du rectum. Ces dernières, très épaisses, se dessinent sous forme de deux cordes arrondies quand on tire l'intestin en arrière. On les saisit des deux côtés entre les doigts, et l'on coupe tout le raphé ano-urétral jusqu'à ce que l'on arrive sur ces faisceaux antérieurs, c'est-à-dire sur ses propres doigts. A ce moment, tout le premier plan du périnée, dans sa portion prérectale, est sectionné en toute sécurité sans aucun risque de toucher l'urèthre ou le rectum.

On effondre ensuite tout le tissu cellulaire placé entre les faisceaux antérieurs du releveur, c'est-à-dire tout l'espace décollable prérectal. On crée ainsi une loge spacieuse au fond de laquelle on voit la prostate

et l'aponévrose prostatopéritonéale avec les deux vésicules et les deux canaux déférents ; le cul-de-sac péritonéal ferme le fond de cette excavation.

Déjà apparaissent les vésicules ; mais elles sont encore profondes et inaccessibles. Les deux lames sagittales, recto-prostatiques les enserrant latéralement. On sectionne la lame du côté malade, plus près de la prostate que du rectum, et par cette simple manœuvre, le rectum s'abaisse vers le coccyx, et se laisse refouler du côté opposé. Il découvre ainsi un espace large et peu profond où l'on peut opérer à l'aise sur les vésicules et les canaux déférents ».



TROISIÈME PARTIE

CRITIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS — INDICATIONS

CHAPITRE PREMIER

Procédés non sanglants

Cautérisation

La cautérisation par les caustiques, telle que la pratiquaient Bouisson, Bonnet, Boyer, Velpeau et que nous avons rappelée pour mémoire est tombée avec juste raison en désuétude. Ces traitements sont actuellement sans intérêt et si on utilise encore aujourd'hui le nitrate d'argent, le naphtol camphré, le chlorure de zinc en attouchements, on ne saurait se servir de ces agents d'une façon exclusive. Ce sont d'utiles adjuvants quand on a affaire à des foyers multiples, des fistules intarissables chez des sujets parvenus à une période très avancée de la tuberculose et chez lesquels on ne saurait sans danger faire

la moindre intervention. Ils sont employés comme pansements après les opérations quand on n'a pas obtenu la réunion par première intention.

Cautérisation ignée

Ce traitement préconisé autrefois par Verneuil a encore aujourd'hui ses partisans. Degrenne, élève de M. Regnier a publié dans sa thèse nombre d'observations de malades traités par cette méthode et il est arrivé aux conclusions suivantes. La cautérisation ignée est une méthode de choix quand la tuberculose testiculaire se complique de lésions prostatoséminales avancées. Avec son application, on voit sinon disparaître, au moins diminuer les lésions de la prostate et des vésicules.

« Quand les lésions sont limitées à l'appareil glandulaire intra-scrotal, épididyme et testicule, elle peut remplacer la castration ; la température élevée à laquelle sont soumis par le traitement les éléments constitutifs de l'organe permettent d'obtenir une destruction complète des tissus infectés. Dans les tuberculoses génitales au début, elle donne d'excellents résultats ».

M. Routier, après avoir été interventionniste précoce dans la tuberculose testiculaire, préconise aujourd'hui des opérations moins radicales. Il fait

la cautérisation dans le cas d'abcès, de fistules et de fungus. Quand il a affaire à des nodosités épидидymaires ou funiculaires, il s'abstient de toute intervention. M. Bazy a souvent recours à ce procédé, qui a donné à M. Théophile Auger des résultats excellents.

D'autres n'ont employé ce procédé que pour ainsi dire forcés, alors que les malades répugnaient à l'opération, que les lésions étaient doubles, l'état général tellement précaire, que toute autre opération aurait été contre-indiquée.

On a obtenu par cette méthode des résultats favorables. M. Bazy a cité cette année même à la Société de Chirurgie des observations concluantes. M. Tuffier se sert du thermocautère contre des noyaux tuberculeux de l'épididyme. Sous l'influence de la cautérisation, on a vu rétrocéder les lésions de la prostate et des vésicules.

Pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître M. Kirmisson, nous avons eu l'occasion d'observer chez des enfants des ostéo-arthrites tuberculeuses ainsi traitées par le fer rouge et avec un succès complet.

Pourquoi n'en serait-il pas de même dans le cas de tuberculose testiculaire ? Il n'y a rien de surprenant à ce qu'on obtienne de bons résultats par cette méthode.

Lorsque les lésions sont bien limitées, le fer rouge

peut les détruire complètement et la guérison totale survenir si un traitement général est institué et suivi.

Mais, disons-le aussi, avec le thermocautère on a eu des déceptions. Le mal ne s'est pas amélioré, dans certains cas il s'est aggravé.

Le thermo-cautère détermine la production d'une escarre et à la chute de celle-ci on peut voir survenir la suppuration et une fistule qui n'existait pas avant l'opération. Avec le thermo-cautère on ne sait pas où l'on va, on n'est jamais sûr de tout enlever. Un petit foyer que la chaleur rayonnante de la pointe n'aura pas influencé pourra devenir le point de départ d'une fistule. Qui sait même si le thermo-cautère, par les phénomènes inflammatoires qu'il détermine sur son passage, n'est pas pour quelque chose dans l'évolution ultérieure du foyer passé inaperçu ? Utile à une époque où la pratique de l'aseptie et de l'antisepsie n'était pas ce qu'elle est aujourd'hui, le thermocautère est aujourd'hui de moins en moins employé. Dans le cas particulier de tuberculose testiculaire, ce ne sera jamais qu'un procédé palliatif chez des malades qui se refusent à une intervention, chez ceux qui ont des lésions bilatérales ou très avancées et avec un état général mauvais.

Injectons modifcattrices intra-nodulaires

Ces injections faites avec du naphthol camphré, de la glycérine iodoformée ont parfois donné des résultats efficaces. M. Michaux a apporté à la Société de Chirurgie (19 avril 1899) l'observation d'un malade qu'il a traité avec plein succès par des injections de naphthol camphré et qui a été guéri après cinq mois de traitement.

Le malade qui fait l'objet de notre observation III a été aussi traité par les injections de naphthol camphré. Ces injections ont amené une amélioration, mais elles n'ont pas guéri.

Les injections d'éther iodoformé sont journellement utilisées pour le traitement des abcès par congestion. Elles arrivent parfois à modifier favorablement la paroi de ces abcès et amènent la guérison. Mais leur emploi, utile dans le cas d'abcès par congestion tenant à des lésions vertébrales ou articulaire sur lesquelles il serait dangereux ou malaisé d'intervenir n'a pas les mêmes indications dans le cas qui nous occupe. Les abcès testiculaires sont faciles à apprécier, ils sont peu volumineux. On peut les ouvrir sans crainte d'une suppuration parfois interminable comme on en a observé à la suite de l'ouverture des abcès par congestion. A la suite de la piqure on peut voir le sphacèle de la peau du scrotum, suivi d'une escarre. Si parfois on arrive à détruire une

partie du mal, on n'est jamais sûr de l'enlever complètement. La lésion continuera à évoluer, le bénéfice de l'opération sera nul.

L'éther iodoformé, le naphtol camphré pourraient cependant trouver leurs indications dans quelques cas, lorsqu'il s'agira par exemple de désinfecter un trajet fistuleux alors qu'on se propose une intervention radicale quelques jours plus tard. C'est alors un traitement préventif assurant la désinfection des tissus sur lesquels portera le bistouri.

Injectons péri-nodulaires. — Méthode sclérogène.

Les injections sclérosantes avec le chlorure de zinc trouvent surtout leur application à la période de crudité des lésions tuberculeuses. MM Ozenne et Coudray ont été les premiers à employer les injections de chlorure de zinc contre la tuberculose testiculaire et à en publier les résultats.

M. Ozenne a rapporté à l'Académie de Médecine une observation de guérison (février 1893). L'emploi du chlorure de zinc avait été excellent.

Le malade, objet de cette première communication a été revu en 1897.

Le résultat s'est maintenu très bon. Nous allons résumer cette observation qui se trouve dans la thèse de Degrenne.

Il s'agit d'un malade qui au moment du premier examen se présenta avec un testicule et un épидидyme gauches du volume d'un œuf de dinde, la plus grande partie de la tumeur étant formée par l'épididyme. Sous l'influence des injections sclérosantes, les lésions ont déjà beaucoup diminué après un mois de traitement. Le cordon qui était gros, volumineux, mais sans bosselures, la prostate et la vésicule qui étaient augmentés de volume sont guéris et revenus à leur état normal au mois de février 1893.

Du côté droit le malade avait en 1892 un petit noyau à la queue de l'épididyme, au niveau duquel il fut fait une seule piqure.

Le malade revu en 1897 a une santé générale excellente, il a engraisé. A la partie inférieure de l'épididyme droit, là où existait il y a 4 ans une plaque indurée, on sent à ce moment un peu d'empatement.

Le côté gauche qui avait été traité par sept injections est guéri.

Le testicule et l'épididyme accolés l'un à l'autre, non isolables, ont dans leur ensemble la grosseur d'un œuf de poule. Au niveau de la tête, on sent une petite nodosité dure, mais rien du côté du cordon, de la prostate ou des vésicules. Depuis le mois d'octobre 1896, le malade n'a plus de douleurs, sauf un peu de pesanteur dans les bourses quand il ne porte pas son suspensoir.

Voilà donc un malade guéri par le traitement sclérogène associé au traitement général. Il s'agissait d'un malade placé dans de bonnes conditions et qui put aller faire une saison à Salies-de-Béarn, à la suite de la première opération.

Le malade a pu efficacement lutter contre la maladie. Dans ces conditions, une part du résultat favorable obtenu peut être attribué au traitement général. Le résultat aurait-il été le même si le traitement s'était adressé à un malade placé dans une autre condition sociale, à un malade comme ceux que nous voyons tous les jours dans la clientèle hospitalière ? Ceux-là ne peuvent pas se soigner et quand ils quittent l'hôpital, c'est pour reprendre leur dur labeur. On leur prescrit un traitement général à suivre, une hygiène particulière à observer. Mais dans quelle mesure, ces prescriptions sont-elles suivies ?

De plus, les injections de chlorure de zinc sont douloureuses et elles doivent être précédées d'une injection de morphine. Elles ne sauraient guérir d'une façon complète et à côté de tubercules heureusement influencés par l'injection dans le sens de la sclérose, il en est d'autres que le chlorure de zinc n'a pas touchés et qui vont évoluer pour leur compte.

Toutefois, la méthode sclérogène n'est pas à dédaigner complètement.

En présence d'un malade qui a un noyau bien limité à la tête ou à la queue de l'épididyme, sans

lésion apparente du testicule, et si ce malade se refuse à une opération sanglante, on pourra essayer chez lui les injections sclérosantes associées au traitement général.. Mais c'est un malade qu'il ne faut pas perdre de vue, qu'il faudra revoir souvent pour le décider à une opération plus conséquente si les lésions menacent de s'aggraver.



CHAPITRE II

Procédés sanglants

Nous venons de passer en revue les divers procédés non sanglants appliqués au traitement de la tuberculose du testicule et de l'étude que nous avons faite il résulte que ces méthodes conservatrices ne sauraient donner la guérison. Tout au plus sont-elles bonnes comme traitement palliatif. Leur emploi expose à la récurrence et le chirurgien sera amené quelques mois ou quelques années plus tard à faire une opération plus complète. Il en a été ainsi pour deux de nos malades dont nous rapportons l'observation.

Au premier (obs. XIX) il est fait un curettage (opération que nous n'avons pas encore discutée) suivi d'attouchement au chlorure de zinc et d'une injection de naphthol camphré. A la suite de l'opération, une fistule persiste et deux mois après il est fait une castration totale avec résection du canal déférent.

Au second, (obs. XIV) on a fait deux fois la cautérisation ignée.

L'état ne s'étant pas amélioré, on est amené à

faire la castration. L'examen anatomique du testicule enlevé le montra farci de masses caséeuses.

Il faudra donc le plus souvent faire une opération plus radicale.

Celle-ci pourra être plus ou moins étendue.

Incision simple

En présence d'un abcès tuberculeux de la tête ou de la queue de l'épididyme qui présente depuis quelques jours des phénomènes de réaction inflammatoire avec chaleur, rougeur, fluctation manifeste, qui va s'ouvrir spontanément et donner lieu à une fistule si on n'intervient pas, il est rationnel de prendre le bistouri et d'évacuer le foyer purulent. Limiter son action à cette intervention même suivie de drainage, c'est soulager le malade mais non le guérir.

— Les lésions vont continuer à évoluer, un autre foyer va apparaître. — Le testicule qui était peut-être sain au moment de l'intervention va se prendre à son tour et l'on sera ainsi amené à traiter successivement plusieurs abcès. — Les chances d'infection seront grandes, infections secondaires par les microbes pyogènes ordinaires, streptocoque, staphylocoque qui augmenteront la virulence du bacille de Koch. — Pawloski a insisté sur le pronostic plus sévère de ces infections mixtes. — La situation du malade sera

lamentable. — La castration qu'on sera alors forcé de faire sera une mauvaise opération parce que les lésions sont trop avancées et les dégâts trop considérables.

Incision combinée au curettage

L'incision des abcès et des noyaux ramollis combinée au curettage des fongosités et des parois cavitaires est un progrès sur l'opération précédente.

On ne se contente plus ici de la simple ouverture, mais on va avec une curette et dans les seules limites de l'incision enlever les parties malades et qui suppurant.

On gratte la caverne tuberculeuse comme on gratte un foyer d'ostéite, enlevant des fongosités, ouvrant des vaisseaux, pouvant de la sorte donner un coup de fouet à la maladie dont la propagation aura été favorisée par les ouvertures vasculaires. Alors même que le curettage aura été suivie de la cautérisation des tissus, ce sera une opération insuffisante comme dans le cas qui fait l'objet de notre observation (XIX).

On peut lui adresser les mêmes reproches qu'à l'incision simple. C'est une opération insuffisante et par la brèche ainsi ouverte on peut donner lieu à une infection mixte beaucoup plus grave.

Curettage réglé. — Opération de M. Quénu

L'opération de M. Quénu consiste à n'enlever que les parties malades. On peut la comparer à l'arthrectomie que l'on fait dans le cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Elle doit être faite de bonne heure.

« J'estime quant à moi, écrit-il, qu'il y a intérêt à supprimer au plus tôt tout foyer épididymaire, c'est la pratique que j'ai adoptée depuis plus de huit ans, et je n'en ai obtenu que de bons résultats. »

L'opération s'applique plus spécialement à la période des noyaux distincts. Elle a été faite aussi à la période des abcès et des fistules. On peut s'en convaincre en lisant les observations publiées dans la thèse de Chevrolle.

Cette année à la Société de Chirurgie, M. Quénu a rappelé son procédé et s'est déclaré partisan convaincu de l'intervention économique.

« Les résultats que nous avons obtenus depuis 10 ans, dit-il, nous ont parus très encourageants ; nous suivons des malades depuis 6, 8, 10 ans, qui n'ont jamais eu de récédive et qui ont gardé leur testicule. »

L'opération de M. Quénu est une opération excellente. On voit ce qu'on fait, on sait ce qu'on enlève et on peut l'enlever dans les meilleures conditions de propreté et d'antisepsie, en ménageant la perte de sang qu'on occasionne.

Le testicule n'est pas touché, ses vaisseaux res-

pectés continueront à le nourrir et si la stérilité est définitive, l'organe n'est pas toutefois inutile. Il peut agir par sa sécrétion interne. Ainsi sera empêchée l'éclosion des troubles de la santé générale qui sont survenus chez certains à la suite de castrations totales et bilatérales.

L'opération de M. Quenu expose à laisser passer inaperçues des lésions qui évolueront plus tard et donneront lieu à une récidue. Celle-ci pourra se faire au niveau du testicule lui-même, au niveau du déférent, de la vésicule et de la prostate. Elle est trop économique et mieux vaut encore tailler en tissu sain que laisser sans l'enlever une partie malade.

Castration

Au Congrès de Chirurgie de 1889, lorsqu'on discuta le traitement des tuberculoses locales, la majorité des chirurgiens se montrèrent partisans de l'intervention hâtive. Il en fut ainsi de la tuberculose du testicule et depuis la castration totale fut pratiquée, alors même que les lésions se trouvaient limitées, de peu d'étendue. On se préoccupait beaucoup alors du caractère contagieux de la maladie, et l'intervention précoce devait mettre à l'abri de la propagation aux

organes de voisinage ou à des organes éloignés : péritoine, poumons, méninges. Verneuil, toutefois, ne partageait pas cette manière de voir et considérait la castration comme une opération détestable.

Depuis, l'opération a été pratiquée un grand nombre de fois ; dans certains cas, avec un succès complet. D'autres fois, le résultat a été déplorable.

Les discussions soulevées cette année à la Société de Chirurgie ont montré les divergences des auteurs à ce point de vue. Plusieurs de nos maîtres dans les hôpitaux, après avoir été partisans de la castration, ont complètement abandonné cette opération. Ils s'en tiennent à des interventions moins considérables, parce que les castrations qu'ils ont faites n'ont pas empêché la récurrence sur le testicule opposé, qu'elles n'ont pas amené une amélioration notable des autres lésions testiculaires concomitantes, prostatiques ou vésiculaires. Une autre considération est tirée du rôle physiologique important de l'organe.

La castration battue en brèche a eu pourtant ses défenseurs. M. Reynier est partisan de la castration. M. le professeur Berger n'a eu qu'à se louer des bons résultats que lui a fournis cette opération. Jamais après la castration il n'a observé de récurrence du côté opposé. Ceci nous montre la variabilité d'évolution de la tuberculose testiculaire et les bénéfices différents qu'on pourra obtenir de l'intervention suivant les cas.

M. le professeur Guyon, dans les Annales des

maladies des organes génito-urinaires 1891, nous dit que les lésions tuberculeuses dans l'appareil génital commencent le plus souvent dans les vésicules séminales. Dès lors, faire une castration simple sera une opération insuffisante et la tuberculose localisée à la vésicule ou la prostate se propagera avec la plus grande facilité et à plus ou moins brève échéance du côté opposé. D'autres ont dit que la castration avait une heureuse influence sur la marche des lésions de la vésicule ou de la prostate.

Le fait est indéniable, mais n'oublions pas que ces lésions prostatiques ou vésiculaires ne sont peut-être pas toujours de nature tuberculeuse. Dans certains cas, MM. Felizet et Delbet supposent qu'on a affaire à des phénomènes purement congestifs.

On a invoqué contre la castration les troubles psychiques post-opératoires survenus chez certains malades et qui les ont conduits à la neurasthénie, l'hypochondrie, parfois même au suicide. Ces troubles dont on ne connaît pas encore la nature intime et la vraie cause ne sont pas négligeables. Ils surviennent parfois à la suite de l'ablation d'un seul testicule, l'autre restant sain et normal. Plus souvent ils sont consécutifs à la castration bilatérale.

Mais, disons-le aussi, parfois ils ne surviennent pas du tout, même après une castration double.

Dans une statistique publiée par M. Reclus et portant sur 9 cas, 5 parmi ces 9 opérés, jouissent

d'une santé parfaite après 9 à 10 ans. M. Villard a aussi rapporté des exemples de malades parfaitement guéris, sans troubles d'aucune sorte.

Le malade qui fait l'objet de notre observation XXI a subi en 1896 et à quelques mois d'intervalle une double castration. Nous l'avons revu ces jours derniers dans un état de santé parfaite. Il a engraisé. Le sens génésique n'est pas absolument aboli chez lui, il peut encore pratiquer le coït. Du côté du système nerveux, pas de modifications appréciables. Le malade se met plus facilement en colère qu'autrefois, il est plus sensible aux changements de température, mais de mélancolie, d'hypochondrie ou neurasthénie, il n'existe pas trace. Le malade avait insisté auprès de M. Sebileau pour se faire faire la deuxième castration et il est enchanté d'avoir subi l'opération. Il se trouve beaucoup mieux sans testicules que lorsqu'il vivait avec ses testicules malades.

Chez un autre de nos malades, (Obs. XX) qui a encore subi la castration double, le sens génésique est totalement perdu. Le malade n'a plus eu d'érections depuis l'opération.

Il n'a jamais été affecté par la perte de ses testicules. Comme troubles nerveux, il est sujet à avoir assez fréquemment, soit le jour, soit la nuit des bouffées de chaleur avec sensation d'étouffement suivies d'un grand frisson après lequel le malade revient à son état normal.

De ces quelques faits il ne faudrait pas conclure que les phénomènes morbides rapportés à la perte complète des testicules sont illusoires.

D'autres faits sont là indiscutables. Il ne faudra pas cependant redouter de faire la castration, mais il faudra la faire à bon escient et alors seulement qu'elle sera jugée indispensable.

La castration a été très efficace dans un grand nombre de cas.

Le malade qui fait l'objet de notre observation XIX avait d'abord été traité par le grattage et la cautérisation incomplète. Le résultat n'étant pas satisfaisant, on pratique la castration. Celle-ci a été faite et elle a donné des résultats excellents. Nous avons eu l'occasion de revoir le malade ces jours derniers. L'opération est déjà vieille de six ans. Le malade est en parfait état de santé et sur le testicule opposé on ne saurait trouver la moindre trace de récurrence.

Epididymectomie

L'épididymectomie a profité des reproches adressés à la castration. Elle a pour but d'enlever tout ou partie de l'épididyme.

Dans la tuberculose, les lésions peuvent rester pendant longtemps et même toute la vie, à l'état latent, bien localisées. D'autres fois elles progressent,

gagnant le testicule, aggravant les lésions prostatiques et vésiculaires. L'infection peut emprunter la voie sanguine et un foyer tuberculeux apparaît dans un viscère éloigné.

Cette terminaison possible nous montre le danger qu'il y a à attendre. Elle commande l'intervention hâtive. L'opération donnera des résultats d'autant plus favorables qu'elle aura été faite dans ces conditions contre des lésions qui sont encore à leur phase de crudité. Par l'épididymectomie, on prévient l'atrophie du testicule qui va continuer à sécréter des spermatozoïdes. Ceux-ci ne sauraient plus désormais arriver à destination et le malade est naturellement infécond s'il a subi une double épididymectomie. Mais l'infécondité n'entraîne pas l'impuissance, le malade n'est pas un eunuque.

Cette impuissance survient lorsque le testicule, privé de ses vaisseaux, atrophié, est complètement perdu.

Ces faits nous sont démontrés par la tératologie, les expériences sur les animaux et nombre d'observations cliniques et pathologiques. A la suite de l'absence congénitale du déférent, on a vu le testicule rester absolument normal. Cooper, Curling, Gosselin et plus récemment M. Legueu, expérimentant sur des chiens, ont vu l'atrophie survenir après la section des artères du cordon, le déférent étant laissé intact.

Dans d'autres expériences, le canal ayant été sec-

tionné, mais les artères étant respectées, le testicule a conservé son volume. Aux faits expérimentaux s'ajoutent des faits cliniques rapportés par Bardenheuer et consignés dans la thèse de Dimitresco.

Par l'épididymectomie on conserve le testicule qui continue à déverser dans le sang le produit de sa sécrétion interne. Par l'épididymectomie on peut enlever tout le mal quand on arrive à temps et que la diffusion ne s'est pas encore faite. Mais aussi quelquefois il est trop tard, les lésions sont au-delà de l'épididyme. Dès lors, borner son intervention à l'épididymectomie seule, sera faire une opération incomplète. Un abcès testiculaire évoluera après un temps plus ou moins, on pourra voir survenir un abcès avec fistule sur le canal déférent.

Orchidolomie. — Castration partielle

Lorsqu'on fait l'épididymectomie, si le testicule est malade, on peut dans certains cas se rendre compte de ses lésions par la simple inspection. C'est ainsi que l'on pourra voir un abcès prêt à s'ouvrir au niveau du corps d'Héglemore, ou bien en un autre point de la glande, le parenchyme se montrera bosselé, avec de la fluctuation révélant l'existence d'un abcès.

D'autres fois, l'examen n'apprend rien. Le testi-

cul n'est pas augmenté de volume, sa consistance est normale et on a raison de supposer qu'il n'a pas été touché par le processus. Et cependant, il n'en est pas ainsi. Une incision exploratrice telle que la fait M. Poncet, telle que l'a préconisée M. Delbet à la Société de Chirurgie (mai 1899), montrerait des lésions tuberculeuses du parenchyme testiculaire. L'orchidotomie semble une bonne mesure préventive. Elle permet de voir et d'enlever des lésions qui, sans cela, seraient passées inaperçues.

C'est une opération absolument bénigne et quand l'exploration est terminée, si le testicule est jugé sain, on réunit par des points au catgut les deux moitiés du testicule sectionné. Si on trouve des foyers malades, on les circonscrit au bistouri et on les enlève « comme on enlève un point gâté dans un fruit, sans craindre de mettre à nu un certain nombre de tubes séminifères » (Delbet).

On peut aller au-delà des tissus malades et faire une castration partielle, l'incision portant non seulement au niveau de la lésion mais à une certaine distance de la périphérie du mal. On laisse ainsi un petit moignon testiculaire qui pourra encore déverser dans la circulation sa sécrétion interne.

Nous rapportons l'observation de plusieurs malades auxquels M. Schwartz a fait la castration partielle. L'un d'eux que nous avons eu l'occasion de revoir ces jours derniers n'a pas eu de récurrence au

niveau de son moignon. Celui-ci est en parfait état, mobile sur les enveloppes du scrotum. Mais la récédive s'est faite sur l'autre testicule qui est augmenté de volume et surmonté d'une énorme épiddyme. La récédive date de 2 ans.

Les lésions sont stationnaires, le malade ne souffre pas, il suit un traitement général.

Ablation du déférent et des vésicules.

L'épididymectomie suivie de l'incision exploratrice du testicule, avec ablation au bistouri des parties malades, est une opération plus parfaite que la simple épiddymectomie. Mais par là on n'a pas encore évité toutes les chances d'infection. Le déférent laissé en place et déjà infecté continuera à être malade, donnant lieu à des fistules. La vésicule enflammée tuberculeuse infectera la prostate et les lésions se propageront du côté opposé avec la plus grande facilité. C'est pourquoi il ne faut pas laisser en place un déférent qui se montrera gros, bosselé. Par une incision abdomino-inguinale, on le dénudera des autres éléments du cordon, le poursuivant jusqu'à la vésicule. Si la vésicule est malade, il faut l'enlever aussi : car il pourrait être préjudiciable de la laisser *in situ*.

On a utilisé deux voies pour arriver jusqu'à elle, la voie abdominale et la voie périnéale. Toutes les

deux nous semblent également bonnes. Cette opération n'a pas encore été faite souvent en France. Elle nous paraît devoir donner dans la suite d'excellents résultats.

Par cette exérèse large on se met à l'abri d'une d'une récurrence par propagation. C'est une opération qui conserve le testicule et sa sécrétion interne et qui pourra être plus facilement acceptée par les malades que la castration.

Faut-il la faire dans tous les cas ? En présence d'un noyau tuberculeux bien limité à la tête ou à la queue de l'épididyme sans lésion appréciable du déférent ou de la prostate, faut-il intervenir d'une façon aussi radicale ? Nous ne le croyons pas.

L'épididymectomie suivie ou non d'incision exploratrice du testicule pourra être suffisante et donner d'excellents résultats. A la suite on a pu noter dans les observations une guérison complète. Dans d'autres cas, la récurrence a apparu chez des malades opérés dans les mêmes conditions. Dès lors on a pu regretter d'avoir fait des opérations trop économiques, et il semble que l'opération qui donnera le plus de chances de guérison, et le moins de récurrences sera celle qui comprendra l'exérèse la plus étendue.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Tuberculose génitale compliquée d'autres manifestations tuberculeuses. — Pas d'intervention. — Mai 1899.

Homme âgé de 46 ans. Mère morte de tuberculose. Bonne santé habituelle.

Depuis un mois le malade éprouve de fréquents besoins d'uriner. La miction est douloureuse. C'est pour ces faits qu'il rentre à l'hôpital.

A l'examen le malade nie tout écoulement urétral antérieur. Pas de sondage. Pas de manœuvres uréthrales. Depuis quelques temps fréquentes mictions, 15, 20 dans la journée. Douloureuses. Le malade n'a pas remarqué si ces urines étaient troubles.

Depuis 8 jours le testicule droit a augmenté de volume mais sans douleurs. On constate un gonflement au niveau de la queue et de la tête de l'épididyme. Ces deux noyaux sont douloureux à la pression. De plus à gauche il existe une induration indolente de la queue de l'épididyme que le malade n'avait pas remarquée jusqu'ici.

Pédebidou

Les 2 canaux déférents sont plus gros que normalement à leur origine. Le lobe droit de la prostate est gros, induré. Les vésicules sont appréciables. Par l'exploration uréthrale on se sent serré dans la région prostatique. Du côté de la vessie, signes évidents de cystite ; mictions fréquentes, surtout nocturnes, urines troubles, douleurs à la fin des mictions. Par la palpation bimanuelle on sent le rein droit qui est gros. On ne sent pas le rein gauche. Les urines ne deviennent pas claires par le repos. On peut soupçonner une tuberculose rénale.

L'examen des poumons fait reconnaître une inspiration rude et une expiration prolongée au sommet droit. A gauche, affaiblissement du murmure vésiculaire et quelques craquements.

La tuberculose génitale semble être secondaire à la tuberculose urinaire. Le malade ne souffrant pas de son épидидymite double, on s'abstient de toute intervention.

Traitement général. Lavages de la vessie au sublimé à 1/8000. Salol à l'intérieur. Les lavages de la vessie sont mal supportés, douloureux. On les remplace par des lavages avec de l'eau bouillie.

31 mai. — Les urines sont redevenues claires, les mictions ne sont plus douloureuses.

Le malade quitte l'hôpital sensiblement amélioré.

4 octobre 1899. — Le malade est revu en bonne santé.

OBSERVATION II (Inédite).

Tuberculose testiculaire. — Grattage. — Octobre 1898.

Jeune homme de 17 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bronchites répétées. Amaigrissement notable depuis quelque temps. Depuis trois semaines le testicule gauche a augmenté de volume. La peau a rougi à son niveau. Pas de douleurs.

Le malade rentre à l'hôpital le 9 septembre.

A l'examen, peau du scrotum rouge, œdématisée à gauche. Epididyme gros, ramolli par places, induré en d'autres points, bosselé. Testicule sain, ramolli en certains points. Le cordon paraît normal. Ganglions inguinaux. Rien du côté de la prostate.

L'auscultation des poumons fait entendre une respiration rude et soufflante aux 3
ment de la toux.

15 septembre. — Formation d'un petit abcès au niveau de la tête de l'épididyme. L'abcès s'ouvre. Fistule.

23 septembre. — Incision. Section de l'albuginée. Grattage de l'épididyme et du testicule. Réunion pour première intention.

Le malade sort guéri le 11 octobre 1898.

30 septembre 1899. — Revu en parfait état, ni douleurs, ni fistules, ni adhérences. Canal déférent un peu volumineux. Bon état général.

OBSERVATION III (Inédite).

Testicule tuberculeux. — Injection de naphтол camphré dans la tête et la queue de l'épididyme siège des noyaux tuberculeux. — Octobre 1894.

Jeune homme de 22 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Le malade vient à l'hôpital Cochin parce que depuis un mois, il a constaté que le côté gauche du scrotum a grossi peu à peu en devenant rouge violacé.

Le 19 octobre, à l'examen on constate que le côté gauche du scrotum est augmenté de volume et qu'il présente une coloration rouge violacé.

Par la palpation, on sent une tumeur bosselée, dure, non fluctuante. Le canal déférent est perceptible. Le toucher rectal fait reconnaître une prostate dure.

Traitement. Injections de naphтол camphré pratiquées sur toute la surface de la tumeur, mais surtout au niveau de l'épididyme. Tous les dix jours environ on suspend le traitement pendant quelques jours. Lorsque la tumeur qui avait augmenté de volume pendant le traitement est revenue à son état normal, on recommence les injections.

Le malade sort le 7 décembre 1894, amélioré.

20 septembre 1899. — Nous apprenons que le malade est mort le 22 mars 1896. Nous ne pouvons pas connaître la cause prochaine de sa mort. On nous dit qu'il a été très malade pendant huit mois et qu'il a enduré des souffrances terribles.

OBSERVATION IV (Inédite).

*Epididymite bacillaire. -- Résection de l'épididyme.
Juin 1893.*

Jeune homme de 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Chorée à l'âge de 12 ans. Au mois de janvier, le malade découvre au niveau de son testicule gauche une grosseur du volume d'une noisette qui a évolué sans fièvre, sans douleur, sans aucune gêne pour le malade. Le médecin appelé à soigner le malade a constaté un abcès qu'il a ouvert au thermocautère. Injection d'éther-iodoformé. A la suite, trajet fistuleux venant s'ouvrir à la partie inférieure du scrotum au niveau d'une plaie large comme une pièce de 50 centimes.

Le malade rentre à l'hôpital Cochin le 1^{er} juin. A l'examen, on constate que la plaie est en relation avec l'épididyme qui est adhérent, et dont la partie inférieure forme une tumeur grosse comme une noisette, bosselée, dure, non fluctuante. Le reste de l'épididyme paraît intact ou du moins peu augmenté de volume.

Le toucher rectal montre que la prostate et les vésicules sont intactes. Etat général satisfaisant.

5 juin 1893. — Opération. Résection d'une partie de l'épididyme et d'une portion du testicule Suture de la vaginale à la soie. Suture de la peau au crin de Florence.

Le malade a été revu le 4 mai 1897, complètement guéri à droite. Excellent état général. Depuis un mois, à la

suite d'un coup, gonflement de l'épididyme gauché qui est très gros et englobe le testicule. Traitement général.

30 septembre 1899. — Le malade est revu très bien portant. Suit le traitement général. Pas d'amaigrissement. Pas de phénomènes pulmonaires. Le moignon testiculaire droit est très bien. Le testicule et l'épididyme gauches sont gros, volumineux. Prostate grosse. Pas de modification dans les fonctions génitales.

OBSERVATION V (Inédite).

*Orchi-épididymite tuberculeuse. — Hydrocèle. —
Février 1898. — Résection partielle de l'épidi-
dyme.*

Homme âgé de 58 ans, maçon. Pas d'antécédents héréditaires. Perte de virilité à 21 ans. Il y a 40 ans, abcès autour de l'anus, formation de fistules qui n'ont jamais guéri. Pas d'antécédents vénériens.

Le 24 février 1898, le malade a éprouvé une douleur sourde, gravative du côté du testicule gauche. Les jours suivants, apparition des signes d'inflammation, douleur et tuméfaction, persistance de la douleur.

Le malade rentre à l'hôpital le 28 février. A l'examen, tuméfaction de la bourse gauche qui est tendue, rouge, chaude. La palpation est douloureuse. A la partie postérieure et interne on sent l'épididyme dur, bosselé. En avant

la tumeur est rénitente. On sent malaisément le testicule par suite de l'hydrocèle. Le cordon est gros et douloureux. Par le toucher rectal on sent que le lobe gauche de la prostate est pris. Noyaux indurés, irréguliers, douloureux à la pression.

Le malade est soumis à un traitement antiphlogistique et au repos ; élévation des bourses, compresses humides, liqueur de Fowler.

14 mars. — Le malade fait une poussée de rhumatisme articulaire subaiguë, qui cède après quelques jours de traitement par le salicylate de soude.

26 mars. — Les douleurs articulaires se sont dissipées. L'inflammation des bourses a disparu ; on peut assez nettement séparer le testicule de l'épididyme. Ce dernier présente une consistance dure et résistante.

1^{er} avril. — On constate un petit abcès à la partie supérieure de la bourse gauche.

5 avril. — Opération. Résection partielle de l'épididyme. On enlève au bistouri le foyer malade, qui laisse écouler à la coupe un pus épais. On curette et on touche au thermocautère un foyer voisin. On suture la lèvre de l'incision cutanée à la caverne qu'on vient de creuser.

2 octobre 1899. — Malade parfaitement guéri.

OBSERVATION VI (Inédite)

Tuberculose du testicule. Résection de l'épididyme juillet 1899

Homme de 28 ans. Pas d'antécédents personnels, bonne santé habituelle.

Dans la famille du malade, un oncle aurait subi en 1879 la castration pour tuberculose du testicule gauche. Depuis, n'aurait pas eu de manifestations tuberculeuses nouvelles.

Le malade a éprouvé au mois de mai dernier une douleur au niveau de son testicule gauche, et il a constaté que son testicule était plus gros, et plus dur que celui du côté opposé. Le malade a gardé le lit pendant 20 jours. Le 24 juillet, il rentre à l'hôpital.

A l'examen, l'épididyme tout entier est très augmenté de volume, il englobe en grande partie le testicule.

Il forme une tumeur bosselée, douloureuse à la pression, surtout à la partie inférieure. La peau est rouge, œdématisée, adhérente, on sent de la fluctuation. Le testicule ne semble pas malade, pas d'épanchement dans la vaginale.

Le canal déférent est augmenté de volume. Rien du côté de la prostate ou des vésicules séminales. Le testicule droit est normal.

29 Juillet. — Opération. Résection de l'épididyme. On enlève en même temps une légère portion du testicule adhérent.

A l'examen anatomique, l'épididyme apparaît bourré de noyaux caséux. Deux sont ramollis, un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure. Suites opératoires bonnes.

23 Août. — Cicatrisation complète.

Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VII (Inédite)

Testicule tuberculeux. Coopéríte. Chez un malade ayant une pleurésie purulente. Castration partielle, Incision de l'abcès périnéal, 1898-1899.

Homme de 36 ans. Est rentré dans le service de M. Schwartz le 26 octobre 1898 avec une pleurésie purulente. On lui a fait l'opération de l'empyème. Le malade à peu près complètement guéri de son opération est passé en médecine dans le service de M. Chauffard. Le malade quitte l'hôpital le 2 janvier 1899. A la fin du mois de janvier, le malade revient à l'hôpital. Il a une vomique assez considérable et par la cicatrice de la fistule qui s'est ouverte, s'écoule encore une quantité notable de pus. Le malade est resté en médecine jusqu'au 16 mars, jour de son arrivée en chirurgie. On constate l'existence d'un épanchement purulent assez considérable à gauche. Le poumon est refoulé en avant et en haut. Respiration supplémentaire à ce niveau. Vaste cavité en arrière et en bas.

6 avril. — Opération d'Estlander. — Résection de 4 côtes. Lavages de la plèvre. Suites opératoires bonnes.

6 juin. — Le malade a remarqué depuis quelques jours que son testicule gauche avait augmenté de volume. Il se plaint aujourd'hui pour la 1^{re} fois de souffrir dans les bourses. A l'examen, on trouve un épидидyme volumineux englobant en partie le testicule.

Le canal déférent est augmenté de volume. Sa partie inférieure ne peut être sentie, englobée qu'elle est dans le gonflement épидидymaire. Sur le testicule droit, noyau au niveau de la queue de l'épididyme. A la partie inférieure et gauche de la prostate, on sent un noyau très dur, à la partie supérieure droite existe un noyau plus petit et moins dur. Les deux vésicules sont prises. La pression sur la prostate ou les vésicules n'est pas douloureuse.

On applique des pointes de feu, de la pommade à l'iodure de potassium, un suspensoir ouaté. La tuméfaction de la partie supérieure de l'épididyme a diminué, la partie inférieure a augmenté, au niveau du ligament scrotal il se forme une masse qui pointe vers les téguments. La peau devient adhérente.

1^{er} juillet. — On constate une collection nettement fluctuante, l'état thoracique est stationnaire, la cavité se comble lentement.

12 juillet. — Apparition d'une nodosité douloureuse sur le périnée en avant de l'an us. Volume d'une noisette. Il s'agit probablement d'une coopévite bacillaire.

29 juillet. — Les douleurs sont très vives, l'abcès bien limité à la partie inférieure, la peau à ce niveau est rouge violacée, les lésions épидидymaires ont diminué à la partie supérieure.

21 juillet. — Opération. On circonscrit l'abcès au bistouri et on coupe au dessous en plein tissu épидидymo-testiculaire ; une bonne partie du testicule est ainsi réséquée. A l'examen anatomique, la portion réséquée se montre bourrée d'abcès, pus blanc jaunâtre, bien lié ; dans le testicule, la coupe montre de nombreuses masses caséeuses ra-

mollies, séparées par les travées testiculaires et émergeant vers le corps d'Highmore, qui présente une couleur translucide, sans granulations ni abcès.

L'épididyme est entouré de masses volumineuses résistantes, ayant l'apparence de fongosités non ramollies.

23 juillet et les jours suivants, le malade éprouve des douleurs extrêmement vives sous forme de crises ; la douleur est surtout marquée au niveau de la tête de l'épididyme et de la portion du testicule qui a été laissée. Injections sous-cutanées de morphine, pas de phénomènes inflammatoires locaux.

5 août. — Les douleurs ont disparu.

10 août. — On incise l'abcès froid périnéal ; il s'écoule une grande quantité de pus mal lié, grumeleux, injection de naphтол camphré dans la plaie.

28 août. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VIII (Inédite)

*Testicule tuberculeux. — Castration partielle. —
Août 1899*

Homme de 27 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Fièvres paludéennes à 14 ans. Bonne santé habituelle. Une seule blennorrhagie complètement guérie.

A 24 ans, hémoptisie subite assez abondante : survenant deux fois dans la journée et ayant persisté 5 jours. A ce moment on découvre au malade un peu de matité au sommet

du poumon gauche. Depuis, huit hémoptisies nouvelles. La dernière est datée du 16 juillet. Le malade a toutes les apparences d'une santé florissante. Bon état général. Pas d'amaigrissement.

Depuis le mois d'octobre 1898, le malade a constaté que son testicule droit avait augmenté de volume. Goutte matinale de pus au méat.

Le malade rentre à l'hôpital le 24 août.

A l'examen, le testicule droit est plus gros que normalement la peau est adhérente sur une étendue de 1 centimètre 5 à 2 centimètres. La partie supérieure est fluctuante et la poche a la forme d'une ellipse à grand axe vertical. A la partie antérieure du testicule gauche on décèle un autre petit abcès.

Le testicule est adhérent à la peau sur une hauteur de 1 centimètre.

L'examen des poumons permet de constater des lésions assez nettes.

Par la pression on a de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. En avant submatité.

L'auscultation en avant fait entendre une inspiration rude, des râles muqueux. Une inspiration longue et soufflante au sommet droit, et en avant inspiration rude.

En arrière, des deux côtés, diminution du murmure vésiculaire. Frottements pleuraux.

25 août. — Opération. Incision. Ablation de la queue de l'épididyme suppurante. Incision de la partie antéro-supérieure du testicule. Attouchement au chlorure de zinc. Le testicule gauche n'est pas touché. On gratte l'abcès qui

l'avoisine. Suites opératoires bonnes. Le malade quitte l'hôpital sur sa demande le 1^{er} septembre.

OBSERVATION IX (Inédite).

*Tuberculose aiguë du testicule droit. — Castration.
Avril 1891.*

Jeune homme de 17 ans et demi. Pas d'antécédents héréditaires. Etant jeune a eu des abcès froids dont on retrouve la cicatrice à la face antérieure de la cuisse gauche. Le malade tousse et s'amaigrit depuis quelque temps. Jamais de blennorrhagie ni de syphilis. A la suite d'un traumatisme ayant porté sur le testicule droit, le scrotum devient douloureux, augmente de volume. Le malade est soigné à la Pitié. Au mois de février, on fait une ponction vaginale qui ramène deux ou trois cuillerées d'un liquide jaune citron. A la sortie de l'hôpital, le testicule est très gros, douloureux. Le malade reprend ses occupations, ne porte pas de suspensoir. Au mois d'avril le malade rentre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz.

A l'examen, on trouve la partie droite du scrotum distendue, la peau rouge à ce niveau surtout à l'endroit de la première ponction. Tumeur fluctuante, nettement transparente, bilobée, avec un lobe inférieur plus volumineux, un lobe supérieur plus petit. Pression non douloureuse, sauf au niveau du testicule normalement placé qui semble gros,

empâté, mais qu'on explore mal à cause de l'hydrocèle qui qui l'entoure.

Le toucher rectal est négatif. Rien du côté de la prostate ni des vésicules.

Etat général satisfaisant. A l'auscultation de la poitrine, on entend quelques râles sibilants localisés au sommet droit et en arrière.

16 Avril. — Ponction de l'hydrocèle ramène 70 grammes de liquide jaune citrin. On peut explorer le testicule qui est gros, l'épididyme dur, bosselé, douloureux.

29 Avril. — Castration totale. Réunion par première intention.

L'examen anatomique des pièces montre le testicule et l'épididyme parsemés de foyers tuberculeux. A la coupe, testicule farci de granulations miliaries.

Le malade quitte l'hôpital le 18 mai.

Au mois de novembre de la même année, le malade, à la suite d'une chute dans une cave, ressent une douleur assez vive qu'il localise au niveau du testicule gauche.

Application de cataplasmes laudanisés, persistance des douleurs. Le malade revient à l'hôpital, est admis le 23 novembre.

A l'examen, le malade accuse une douleur sourde sur le trajet du cordon gauche, douleur exaspérée par la pression, la fatigue. L'épididyme est induré, douloureux, le canal déférent perceptible, bosselé, induré.

30 Novembre. — Injection de 2 gouttes de chlorure de zinc au 1/20.

4 Décembre. — Abscess au niveau de la tête de l'épididyme.

17 Janvier. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande. Amélioration. Il a été revu guéri en juin 1892. Le malade est mort en 1893.

OBSERVATION X (Inédite)

Testicule tuberculeux. --- Castration. — Mars 1894

Homme de 33 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Pendant l'hiver de 1893, bronchites répétées. En octobre de la même année le testicule gauche a grossi sensiblement sans douleurs. En décembre, formation d'une fistule qui donne passage à une assez grande quantité de pus (1/4 de verre au dire du malade). Depuis ce moment, la fistule, ne s'est pas refermée. Nouvelles bronchites. Amaigrissement notable. Le malade rentre à l'hôpital le 22 mars. A l'examen, on aperçoit à la partie inférieure du scrotum du côté gauche, 2 fistules, l'une dont la sécrétion est tarie, l'autre donnant passage à du pus.

Le testicule est augmenté de volume, régulier, non fluctuant, l'épididyme est dur, bosselé surtout au niveau de la queue ; en ce point aboutit la fistule qui fait adhérer le scrotum à l'épididyme.

Le canal déférent est dur et épaissi — en tuyau de pipe, bosselé.

Le toucher rectal montre une prostate dure, non fluctuante. On ne sent pas les vésicules. En comprimant la pros-

tate et le canal de l'urètre on fait sourdre par le méat une goutte de pus.

Les poumons sont gravement atteints.

Du côté droit lésions très avancées. Cavernes. A gauche, râles sous-crépitaux.

23 mars. — Castration.

29 Mars. — Réunion complète. Le malade quitte l'hôpital le 2 avril.

30 septembre 1899. — Nous apprenons que le malade est mort.

OBSERVATION XI (Inédite)

Epididymite tuberculeuse subaiguë — Castration Juillet 1894

Pas d'antécédents héréditaires. Il y a 18 mois, blennorrhagie. A la suite, goutte militaire. En novembre 1893, traumatisme des bourses. Orchite droite ayant duré pendant 3 semaines. Il persista une petite induration. Au mois d'avril, cette induration se met à grossir, fait souffrir le malade, tiraillements, pesanteur.

Le malade rentre à l'hôpital le 10 juillet. On constate au niveau du scrotum et à droite une petite tumeur sphérique, non piriforme, avec légère coloration de la peau.

Par la palpation, on distingue 2 parties dans la masse épидидymo-testiculaire : l'une supérieure et antérieure, transparente, fluctuante ; l'autre inférieure, bosselée et dure,

se prolongeant en arrière, douloureuse à la pression. En aucun point, on ne constate de ramollissement. Rien du côté du canal déférent. Prostate et vésicules normales. Etat général pas très satisfaisant.

11 juillet — Castration.

L'étude anatomique du testicule enlevé a montré un épидidyme infiltré de masses tuberculeuses, verdâtre, l'albuginée très épaissie. Peu de liquide dans la cavité vaginale qui est cloisonnée par des adhérences.

18 juillet. — Le malade quitte l'hôpital ; la plaie est en excellent état.

OBSERVATION XII (Inédite)

Tuberculose de la prostate et de la vésicule séminale droite. — Opération. — Guérison. — Tuberculose du testicule survenu deux ans après. Mars 1895.

Le malade, menuisier de son état, âgé de 27 ans, s'est présenté pour la première fois à l'hôpital Cochin, le 30 décembre 1893. Pas d'antécédents héréditaires. Blennorrhagie à 20 ans. Le malade au mois de janvier 1862 a éprouvé pour la première fois des douleurs dans la verge au moment des mictions et de la défécation. Ces douleurs d'abord intermittentes se sont accrues ces temps derniers, mictions fréquentes, mais peu abondantes. A l'examen, on trouve

une prostate augmentée de volume, la vésicule séminale droite indurée et par places des points ramollis, inspiration rude au sommet du poumon droit.

18 Novembre. — Incision périnéale, évacuation de la poche, 4 injections de naphthol camphré sont pratiquées dans la suite. Le malade quitte l'hôpital le 16 Décembre.

Au mois de Mars 1895, le malade revient à l'hôpital. Depuis son opération en 1893, le malade s'est très bien porté, bon état général, pas d'amaigrissement. Depuis le mois de décembre, le testicule droit a augmenté de volume, pas de douleur.

A l'examen, on trouve le testicule droit volumineux, dur à sa partie postéro-supérieure, mou, ramolli à sa partie antéro-inférieure, à ce niveau, la peau est rouge, luisante, le cordon est gros, on sent des bosselures, la prostate est en bon état.

A l'auscultation des poumons, on entend en arrière et à droite une expiration prolongée et en avant une respiration très faible.

23 Mars. — Les abcès se sont ouverts spontanément, écoulement de pus.

27 Mars. — Cautérisation des trajets fistuleux au thermo-cautère, castration.

Ligature et incision du cordon aussi haut que possible.

Le malade quitte l'hôpital le 30 avril.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Orchite tuberculeuse. — Castration. 14 janvier 1896.

Homme de 38 ans, journalier. — Pas d'antécédents héréditaires. Il y a deux ans, pleurésie droite ayant guéri sans thoracenthèse. Pas de syphilis. Etat général bon.

Au mois d'octobre 1895, à la suite d'un traumatisme ayant intéressé la région scrotale, le malade a vu grossir son testicule droit et a éprouvé une vive douleur à ce niveau. Tiraillements. Gêne dans la marche. Diminution du pouvoir génésique.

Au mois de décembre 1895, le malade rentre à l'hôpital. A l'examen, on trouve un testicule gros encadré par un épiddyme dur, augmenté de volume, avec nodosités au niveau de la tête et de la queue. La pression n'est pas douloureuse.

Le canal déférent est gros, induré.

La prostate est indurée à droite.

14 Janvier 1896. — Castration totale. Résection du testicule et de l'épididyme. 3 ligatures au catgut sur les éléments du cordon.

Sur une coupe longitudinale, le testicule se présente parsemé d'une infinité de granulations miliaires. Les nodosités de l'épididyme montrent un commencement de suppuration.

17 février. — Le malade quitte l'hôpital. — Le toucher rectal décèle à ce moment au niveau du lobe droit de la prostate l'existence de noyaux indurés gros comme un pois.

OBSERVATION XIV (Inédite)

Testicule tuberculeux. — Castration (Mars 1896)

Homme de 43 ans. Pas d'antécédents. Au mois d'octobre 1895, traumatisme des bourses, pas de suites immédiates.

Un mois après, le testicule est devenu gros, il s'est formé un abcès qui s'est ouvert. Le malade est admis à l'hôpital de la Pitié. On cautérise le foyer fongueux. Au bout d'un mois le malade quitte l'hôpital sans une amélioration notable et sans diminution du volume des bourses.

Le 6 mars 1896, le malade est admis à l'hôpital Cochin dans le service de M. Schwartz.

A l'examen, on constate une large plaie qui remonte de la partie inférieure jusqu'à la partie supérieure du scrotum. Le testicule est gros, induré ; l'épididyme est dur, bosselé, le cordon tuméfié, augmenté de volume. Par le toucher rectal on reconnaît que la prostate et la vésicule séminale gauche sont augmentées de volume.

Opération. — On cautérise le foyer fongueux ; pas d'amélioration.

16 avril. — Castration. Le cordon est tuméfié. Sa section laisse échapper quelques gouttelettes d'un pus épais. Drainage.

A l'examen anatomique, le testicule et l'épididyme sectionnés laissent voir des masses caséeuses à côté de foyers purulents.

18 mai. — Le malade quitte l'hôpital tout-à-fait guéri ;
plaie opératoire en bon état.

OBSERVATION XV (Inédite)

Orchi-épididymite tuberculeuse. Castration

Mars 1896

Homme âgé de 64 ans. Pas d'antécédents héréditaires.
Pas d'antécédents vénériens. Pleurésie à droite il y a 35 ans.

Il y a 3 semaines, sans écoulement, sans traumatisme, le malade éprouve une douleur et remarque un gonflement dans les bourses du côté gauche. Douleur et gonflement ayant débuté au niveau de l'épididyme se sont propagés du côté du canal déférent. Le testicule est peu touché. Pas de sang, pas de pus dans les urines, pas d'envies fréquentes d'uriner.

18 Mars. — A l'examen, on constate une tumeur scrotale du côté gauche, ayant la forme d'un galet. La partie antéro-supérieure est constituée par le testicule qui est peu augmenté de volume, mou. L'épididyme le coiffe comme un casque à sa partie inférieure, postérieure et supérieure.

Le canal déférent, l'épididyme sont douloureux. Le cordon est bosselé. Le toucher rectal est impossible à pratiquer, rétrécissement spasmodique de l'anus.

28 mars. — Par le repos, les phénomènes se sont amendés. Le cordon est moins gros et moins douloureux,

7 avril. — Incision ovulaire de la peau, de façon à circonscrire une portion cutanée de la face postérieure des bourses, qui est adhérente depuis quelques jours. Décortication du testicule. 3 ligatures en chaîne sur le cordon faites à la soie. Capitonnage des bourses et drainage.

Pendant l'opération, on constate au devant de l'épididyme une poche hémorrhagique fluctuante, qui avait été prise pour le testicule à l'examen clinique.

A la coupe de l'épididyme, on trouve par places du tubercule cru, par place de la caséification et même des abcès froids.

Pendant l'opération, sous le sommeil chloroformique, on constate qu'il existe un rétrécissement congénital de l'anus, ainsi que des lésions tuberculeuses du côté de la prostate et de la vésicule séminale gauche.

25 avril. — Le malade sort guéri.

2 octobre 1899. — Revu parfaitement guéri. Un peu d'œdème de la paroi. Etat général excellent.

OBSERVATION XVI (Inédite)

Tuberculose testiculaire. — Castration. —

Décembre 1898

Homme de 27 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Depuis 5 ans le malade est un tousseur et s'est amaigri notablement. Il y a deux mois le malade s'est aperçu que son

testicule droit avait augmenté de volume, il existait une grosseur au niveau de la partie inférieure de l'épididyme. Le testicule gauche a aussi augmenté de volume. Le repos, les onctions belladonnées n'ont pas modifié l'état du malade.

Le 17 décembre, le malade est admis à l'hôpital. A l'examen on constate une augmentation très nette du volume du testicule droit. Le scrotum est rouge, violacé à la partie antéro-externe du même côté. On sent nettement deux tumeurs à gauche. Le scrotum est adhérent à la tumeur, il est distendu et fait percevoir de la fluctuation. Nodosités sur le canal déférent. Prostate grosse, indurée à droite et à gauche. Submatité et respiration rude aux sommets des poumons. Opération. Castration.

Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} janvier. Dix-neuf jours après sa sortie de l'hôpital le malade revient présentant un trajet fistulaire suivant le trajet du canal inguinal sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

On fait des injections de naphthol camphré. L'état ne s'étant pas amélioré on se décide à opérer.

11 février 99. — Incision suivant le trajet inguinal. On trouve peu de suppuration, mais beaucoup de fongosités tuberculeuses.

Grattage, badigeonnage au chlorure de zinc, pansement mixte. Mèches de gaze iodoformée et compresses au sublimé.

Tous les jours cautérisation au chlorure de zinc à 1/10.

3 mars. — Le malade quitte l'hôpital. La plaie est en excellente voie de guérison.

OBSERVATION XVII (inédite)

Orchite tuberculeuse. — Castration. — Février 1899

Homme âgé de 30 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle.

Il y a deux mois, traumatisme au niveau du testicule droit et à la suite augmentation de volume de l'organe.

Le malade entre à l'hôpital le 15 février.

A l'examen, la partie droite du scrotum est volumineuse, présente une tumeur allongée dans le sens vertical sur une hauteur de 6 à 7 centim., large de 2 ou 3 centim. A l'incision du tiers supérieur et des 2/3 inférieurs, dépression.

La partie supérieure est de plus nettement fluctuante. Elle fait corps avec le testicule et l'épididyme. La partie inférieure est libre. Le canal déférent est induré, pas de bosselures. Le côté droit de la prostate est bosselé.

21 février. — Castration. On trouve de la vaginalité adhésive avec hydrocèle enkystée à la partie supérieure. Dans le testicule, présence de gommes tuberculeuses. Noyaux tuberculeux sur la tête de l'épididyme. La queue est englobée dans une gomme adhérente au scrotum.

21 mars. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

*Tuberculose testiculaire. — Castration. —
Mars 1899.*

Homme de 27 ans. Pas d'antécédents héréditaires.
Pleurésie à gauche il y a 4 ans.

Depuis, le malade tousse toujours.

Amaigrissement. La testicule gauche a commencé à grossir il y a 2 ans, mais ne l'a fait souffrir que depuis un mois. Le malade rentre à l'hôpital le 10 mars.

L'état général n'est pas satisfaisant. Diminution du murmure vésiculaire du côté gauche. Submatité au sommet.

Le testicule est gros, douloureux, non adhérent au scrotum. La tête et la queue de l'épididyme et la partie inférieure du canal déférent sont indurés, bosselés, prostate augmentée de volume.

24 mars. — Castration. Suites opératoires excellentes.
Le malade quitte l'hôpital le 4 avril.

OBSERVATION XIX (Inédite).

*Epididymite tuberculeuse. — Absès. — Incision. —
Curettage. — Castration consécutive.*

Homme de 29 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Etant jeune, a eu des adénites cervicales suppurées. Jamais de

maladies vénériennes. Au mois d'octobre 1892, le malade ressent une douleur au niveau du testicule droit, qui est augmenté de volume. Après quelques jours de repos, le malade reprend son travail. Au mois de décembre il est obligé de s'interrompre, ressent des douleurs lancinantes en bas et en arrière du testicule. Le malade rentre à l'hôpital Cochin le 30 décembre.

A l'examen, le testicule est augmenté de volume, sensible à la pression. On sent très nettement à la tête et à la queue de l'épididyme des bosselures dures et irrégulières. De plus au niveau de la tête, existe un point nettement fluctuant.

Le canal déférent paraît indemne.

Par le toucher rectal, on sent que la vésicule séminale droite est prise à sa partie inférieure.

12 janvier. — Incision du scrotum et des tissus jusqu'au niveau de la tête de l'épididyme. Ouverture de l'abcès. Curettage. On touche au chlorure de zinc au 1/20. Injection dans le testicule de 2 cc. de glycérine iodoformée à 1/10. Pansement à la gaze iodoformée.

17 janvier. — Le malade quitte l'hôpital. Pas de douleurs, mais la plaie suppure encore un peu. Le malade reprend ses occupations. Dans le courant de février, la plaie suppure toujours. Le malade souffre de son testicule droit qui a augmenté de volume. Le malade revient à l'hôpital le 6 mars.

A l'examen on trouve l'épididyme dur, bosselé, la prostate et les vésicules sont prises à droite.

13 mars. — Castration totale. Canal déférent réséqué

très haut. On pose deux ligatures sur le cordon. Pas de drains.

24 mars. — Réunion par première intention.

3 octobre 1899. — Le malade est revu dans un état excellent. Santé générale très bonne. Pas de troubles nerveux. Rien aux poudons. Testicule gauche normal. Par le toucher rectal on sent la prostate qui ne paraît pas modifiée. Les vésicules séminales sont dures, fibreuses, non bosselées.

OBSERVATION XX (Inédite)

*Testicule tuberculeux. — Double castration. — 15
Novembre 1895 et Janvier 1897*

Homme âgé de 54 ans. Pas d'antécédents. Le malade a toujours été bien portant jusqu'au mois de juillet 1895. A la suite d'un effort, apparition d'une pointe de hernie inguinale gauche. Application d'un bandage. Quelque temps après, le testicule gauche commence à grossir et devient douloureux. Vaginalite, ponction, écoulement d'un peu de liquide. Pas d'amélioration du côté du testicule. Le malade vient à l'hôpital, pointes de feu, pas d'amélioration.

15 novembre 1895. — Castration du testicule gauche, guérison.

Pendant une année, le malade reste bien portant. Au mois de décembre 1896, le malade voit son testicule droit augmenter de volume, pas de douleur.

18 Décembre. — Le malade rentre à l'hôpital.

A l'examen, pas de vaginalite ou très peu, pas d'hématurie. Le testicule et l'épididyme sont augmentés de volume, bosselés, irréguliers, avec une consistance inégale. Rien du côté du canal déférent, 1 ou 2 petits noyaux à la prostate, rien aux vésicules. Le malade demande la castration dans le cas où elle sera reconnue nécessaire.

Opération. — Castration, ligature des éléments du cordon. Un peu de liquide dans la vaginale qui est épaissie, périorchite et périépididymite.

Noyaux tuberculeux du testicule et de l'épididyme, noyau caséux au niveau de la queue.

12 janvier 1897. — Le malade sort guéri.

3 octobre 1899. — Le malade est revu en bonne santé. Plusieurs fois dans la journée, il a des bouffées de chaleur, de l'oppression, une sensation pénible d'étouffement, phénomènes suivis d'un grand frisson. Lorsqu'ils surviennent pendant la nuit, le malade est obligé de se lever, de chercher de l'air. Mais il ne tousse pas, ne crache pas.

Le malade est très nerveux, tremble facilement, non alcoolique.

Jamais il n'a été impressionné par la perte de ses testicules. Depuis l'opération, le malade n'a pas eu de désirs sexuels.

OBSERVATION XXI (Inédite)

Orchite tuberculeuse. — Double castration

— *Juin 1896.*

Homme âgé de 37 ans.

Le malade avait quitté l'hôpital le 13 avril dernier

après avoir subi l'amputation de l'avant-bras pour une arthrite tuberculeuse du poignet. Quinze jours après, il ressent une légère douleur dans le testicule droit qui progressivement augmente de volume. Vers le 20 mai, il se forme un abcès qui s'ouvre et donne lieu à la formation d'une fistule.

A l'examen, le testicule est gros, en inversion, l'épididyme dur, bosselé à ses extrémités est en avant du testicule. C'est aussi en avant que se trouve la fistule. Le canal déférent est augmenté de volume. Le toucher rectal ne révèle pas de lésion du côté de la prostate.

27 Juin. — Opération, double incision circonscrivant la fistule, décortication du testicule, le cordon est lié le plus haut possible, section saine.

A l'examen anatomique, le testicule est farci de granulations, l'épididyme présente deux foyers caséeux.

Suites opératoires bonnes. Le malade sort guéri le 20 juillet.

Dans le courant de septembre, le malade revient à l'hôpital pour une récurrence du côté gauche. Le malade s'étant trouvé très soulagé après la première opération réclame une deuxième castration et c'est sur ses instances que M. Sebillieu l'opéra.

29 septembre 1899. — Le malade est revu en parfaite santé, depuis l'opération il a gagné de l'embonpoint.

De temps à autre le malade peut encore pratiquer le coït — érection suivie d'éjaculation.

A l'examen on ne trouve rien du côté de la prostate ni des vésicules, rien du côté des poumons.

Depuis l'opération, le malade est plus nerveux qu'aupa-

ravant, il se met plus facilement en colère, ressent davantage les effets de l'orage, mais la perte de ses organes sexuels ne lui a fait aucun chagrin. Bien au contraire, l'opération fut pour lui un soulagement.



Conclusions

1° Les données de la thérapeutique de la tuberculose en général doivent s'appliquer au traitement de la tuberculose testiculaire. La tuberculose étant une affection curable ou susceptible de s'arrêter dans son évolution, on ne peut raisonner avec elle comme avec une affection maligne.

2° Le traitement général a pour but de mettre l'organisme en état de défense contre l'infection. Il devra être appliqué dans tous les cas. Il sera seul applicable lorsque l'état général du malade étant très mauvais, la lésion testiculaire est peu avancée ou lorsque les localisations de la tuberculose seront multiples.

3° Les autres cas sont justiciables d'une intervention. La cautérisation ignée, les injections intra-nodulaires, les injections péri-nodulaires ou méthode sclérogène ne donneront que des résultats peu appréciables.

4° Le vrai traitement commence avec les inter-

ventions sanglantes. Les indications de celles-ci seront tirées de l'évolution rapide des lésions qui de ce chef sont une menace pour l'état général.

On pratiquera alors l'ablation des parties malades. Epididymectomie simple si l'épididyme est seul atteint.

Ablation large des bourses, de l'épididyme et d'une partie du testicule si tous ces organes sont pris.

Actuellement, on tend à enlever par l'abdomen ou le périnée le déférent et la vésicule malades. Nous sommes d'avis de ne proposer cette intervention assez complexe que lorsque les lésions de ces organes sont manifestes.

5° Quant à la castration unilatérale ou à plus forte raison double, nous ne la pratiquerons que lorsque elle s'imposera par suite de l'envahissement de la totalité de la glande, et de sa suppuration, la perte des testicules entraînant souvent des conséquences fâcheuses pour le bon fonctionnement de l'organisme.

Vu : Le Président de la Thèse,
Paul BERGER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

BONNET. — Du chlorure de zinc et de son emploi en thérapeutique chirurgicale. Thèse de Paris, 1843.

MALASSEZ. — Note sur le siège et la structure des granulations tubaires du testicule (Archives de phys. norm. et pathol., 1876).

PAWLOWSKY. — Annales de l'Institut Pasteur, 1889.

MONOD ET TERRILLON. — Traité des maladies du testicule, 1889.

VERNEUIL. — Congrès de chirurgie, 1889.

LE DENTU. — id. id.

TERRILLON. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose testiculaire. Presse médicale, janvier, 1886.

VILLENEUVE. — Tuberculose du testicule. Epididymectomie. Marseille médical, 1890.

VILLENEUVE. — Communication à l'association française pour l'avancement des Sciences. Marseille, 1891.

REBOUL. — id. id.

GUYON. — La castration pour le sarcocèle tuberculeux (Annales des maladies des organes génito-urinaires). Paris, 1891.

TERRILLON. — Castration hâtive pour la tuberculose du Pédebidou

testicule. Bulletin et Mémoire de la Soc. de Chir. de Paris, 1891, t. VII, p. 58.

COUDRAY. — Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Marseille, 1891).

OZENNE. — Traitement de la tuberculose primitive du testicule par les injections de chlorure de zinc. Congrès pour l'étude de la tuberculose du testicule, t. III, 1893.

VILLARD. — Th. de Lyon, 1893.

EUVRARD. — Th. de Paris, 1894.

PUZEY. — Two tuberculous testicles removed from the saine patient. Méd. Press. et Circ., London 1896.

QUÉNU. — Traitement opératoire de la tuberculose épидidymaire. Gaz. méd. de Paris, 1896.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

CHEVROLLE. — Th. de Paris, 1896.

JAYS. — Th. de Paris, 1896.

DEGRENNÉ. — Th. de Paris, 1897.

DIMITRESCO. — Th. de Paris, 1897.

DUPLAY. — Congrès international de médecine. Moscou, septembre 1897.

CHASSIN. — Th. de Lyon, 1897.

Revue générale de médecine et de thérapeutique, 1897.

AUDEBALD. — Th. de Paris, 1898.

REYNIER. — Société de Chirurgie, 1898.

BERGER. — — — 1899.

ROUTIER. — — — —

BAZY. — — — —

FELIZET. — — — —

SCHWARTZ. — — — —

QUÉNU. —	—	—
DELBET. —	—	—
RECLUS. —	—	—
POIRIER. —	—	—
TUFFIER. —	—	—
• POTHERAT. —	—	—
MICHAUX. —	—	—
L. CHAMPIONNIÈRE. —	—	—
TH. AUGER. —	—	—

— Gazette hebdomadaire, 1898, p. 663-556.

BAUDET. — Gazette des hôpitaux, 1898.

— Presse médicale, 1898, p. 193-195.

PLATON. — Presse médicale, sept. 1899.

